

**L'introduction d'une assurance autonomie
comme condition favorable à la complétion
de l'intégration des services au Québec**

Mémoire du Centre de recherche sur le vieillissement

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Novembre 2013



**CSSS-IUGS
Centre de recherche
sur le vieillissement**



L'introduction d'une assurance autonomie comme condition favorable à la complétion de l'intégration des services au Québec

Mémoire du Centre de recherche sur le vieillissement

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Novembre 2013

« ... Nous concevons l'introduction d'une assurance autonomie comme la mise en œuvre d'une septième composante (du modèle d'intégration des services PRISMA), soit un mode de financement adapté à l'implantation d'un modèle intégrateur d'organisation des services tendu vers le projet d'aider les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle à demeurer à la maison. »



Ont contribué à la rédaction de ce mémoire, au nom du Centre de recherche sur le vieillissement : Yves Couturier (Ph.D.), Michel Tousignant (Ph.D.), Mélanie Levasseur (Ph.D.), Annie Carrier (Ph.D.c.), Louise Belzile (Ph.D.c.), Frantz Siméon (Ph.D.c.), Véronique Boutier (M.Sc.).

Le Centre de recherche sur le vieillissement

Le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) est une composante de la mission recherche du Centre de santé et de services sociaux- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), associé à l'Université de Sherbrooke. Au sein du CSSS-IUGS, le CdRV a le mandat de promouvoir, de développer et de coordonner la recherche sur le vieillissement, d'optimiser les liens avec les services cliniques concernés et de contribuer à la formation des futurs intervenants et chercheurs dans le domaine du vieillissement. La responsabilité du CdRV englobe le partage et la diffusion des nouvelles connaissances dans les milieux cliniques et communautaires ainsi qu'auprès des instances décisionnelles. Le CdRV compte 46 chercheurs qui dirigent les travaux de 116 étudiants de 2^e et 3^e cycles et de 12 stagiaires postdoctoraux. Reconnu par l'excellence de ses travaux dans le domaine comme centre de recherche par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), le CdRV a pour mission de produire des connaissances nouvelles sur le vieillissement afin de promouvoir la santé, le bien-être et la participation sociale des personnes âgées. Le CdRV se distingue des autres centres de recherche sur le vieillissement au Québec par sa volonté d'étudier le vieillissement « de la cellule à la société». Sa mission s'opérationnalise donc autour de thématiques nombreuses mais toujours en lien avec le vieillissement. Elles sont déployées sur trois axes : l'axe Clinique, l'axe Mécanismes biologiques du vieillissement et l'axe Société, populations et services.

La contribution du CdRV aux données probantes sur l'intégration des services

Plusieurs chercheurs de l'Axe Société, populations et services ont réalisé d'importants travaux de recherche sur le thème de l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, dont la vaste étude PRISMA (Hébert *et*



al., 2010), réputée comme l'une des plus importantes en Amérique du Nord sur ce thème (Kodner, 2006). Certains d'entre eux poursuivent encore des travaux sur l'intégration des services, soit en termes de développement de nouvelles connaissances, soit en termes d'évaluation des effets de l'implantation des modèles fonctionnels inspirés de l'étude PRISMA et de ses suites, notamment depuis la mise en œuvre de la grande réforme de l'organisation des services que connaît le système de santé et des services sociaux au Québec depuis 2004.

Le présent mémoire ne reviendra pas sur le caractère prometteur de l'intégration des services au bénéfice d'une plus grande efficacité clinique pour les personnes connaissant une perte d'autonomie fonctionnelle. En effet, l'étude PRISMA a largement montré, et ce de manière probante, la valeur de ce type de modèles d'organisation des services, tant pour les usagers eux-mêmes que pour l'efficacité des systèmes.

L'intention de ce mémoire est double. Elle consiste d'abord à montrer comment la création d'une assurance autonomie constitue une condition très favorable au parachèvement de la grande réforme de 2004 visant l'intégration des services. Puis elle consiste à montrer en quoi la qualité de l'implantation de la réforme de 2004 constituera un déterminant de la réussite de l'allocation autonomie.

Dans cette perspective, **nous affirmons notre plein accord avec les principes fondant l'assurance autonomie, en autant que les conditions d'une implantation réussie soient réunies.**

Nous traiterons spécifiquement des personnes âgées, puisque là se trouve notre expertise, mais nous reconnaissons d'emblée la valeur d'une approche visant toute personne en perte d'autonomie fonctionnelle.

25 ans d'innovation au Québec en matière d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Le vieillissement global de la population touche toutes les sociétés avancées. Mais parmi elles, le Québec connaît un vieillissement particulièrement rapide de sa population (Turcotte & Schellenberg, 2006). Cette condition incita les chercheurs, les gestionnaires et les divers décideurs québécois à innover pour se



prémunir contre les effets pervers de cet extraordinaire succès collectif que constitue le vieillissement de la population. Car si l'allongement de la durée de la vie moyenne est sans conteste une bonne nouvelle, cela a pour corolaire l'allongement de la durée de la vie en perte d'autonomie, avec l'augmentation de la prévalence de problèmes de santé et sociaux multidimensionnels et chroniques qui la caractérisent. Cet important déterminant sociodémographique s'accompagne de transformations profondes dans la manière de concevoir les politiques publiques et de les incarner dans des systèmes, des organisations et des pratiques professionnelles. Parmi plusieurs transformations, l'émergence de nouveaux modèles conceptuels de la qualité (pour une synthèse lire Kröger et al., 2007), qui posent en leurs centres le principe de l'usager-partenaire (Koren, 2006), est cruciale. Ce principe fait en sorte que les systèmes de santé et de services sociaux doivent mieux prendre en considération le désir de la majorité des personnes âgées de demeurer dans leur domicile le plus longtemps possible (Weber, 2006) et de participer socialement, c'est-à-dire d'être intégrée à la communauté lors d'activités sociales, de loisirs et de la vie communautaire (Raymond, Gagné, Sévigny & Tourigny, 2008). La prise en compte publique de ce souhait, tout comme des risques nosocomiaux (bio-psycho-sociaux) pour les personnes âgées en perte d'autonomie d'une stratégie de soins centrée sur l'hôpital et l'hébergement de longue durée, appellent une transformation radicale de l'organisation des services vers un modèle dit *domicilo-centré*, mieux adapté aux problèmes chroniques et multidimensionnels caractérisant ce temps de la vie, inscrit dans une approche de prévention et de promotion de la santé. Cette évolution tend à éviter que des ressources coûteuses, comme les urgences, soient mobilisées pour des besoins qui trouveraient une réponse plus adéquate budgétairement et cliniquement en mode domiciliaire. Toutes ces réformes, celle de 2004, mais aussi l'implantation de l'Approche milieu de vie, de l'Approche gériatrique intégrée, de l'Approche Vieillir en santé, etc., constituent un tout cohérent structuré autour d'un groupe de principes communs :

- Le domicile est le meilleur choix de vie à tous égards.
- La centration sur les besoins bio-psycho-sociaux de la personne et la reconnaissance du caractère global dans son contexte de vie.
- Une approche habilitante de la personne âgée.
- L'adaptation des services au niveau documenté d'autonomie de la personne âgée.



- Une articulation des logiques cliniques et des logiques populationnelles, dans une perspective de santé publique.
- La reconnaissance de l'importance de l'organisation des services pour la santé des personnes âgées, mais aussi leur qualité de vie et leur autonomisation.
- La reconnaissance de l'importance de promouvoir la santé en intervenant sur les déterminants de santé autre que les services pour la santé et le bien-être des personnes âgées. La figure 1 montre qu'une telle approche contribue à la réduction des inégalités de santé.

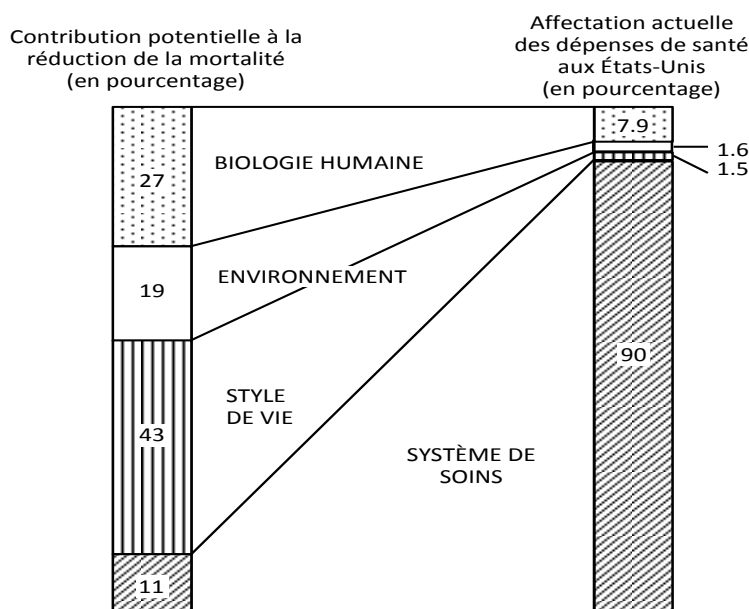


Figure 1. Comparaison de la contribution des déterminants de la santé et de l'affectation des ressources illustrant le sous-financement d'initiatives sur les déterminants de la santé autres que le système de soins. Tiré de : Pineault, R. & Davely, C. (1991).

Cette transformation conceptuelle du mode d'organisation des services a cependant comme effet secondaire une complexification de la mise en œuvre des services, en raison même du domicile comme lieu ouvert où circulent des



ressources familiales, publiques, privées et associatives. L'invention puis l'implantation de dispositifs d'intégration des services émergent alors comme une réponse importante aux nouveaux défis que pose la nouvelle façon d'organiser les services à partir du domicile.

Le Québec est d'ailleurs reconnu internationalement pour l'importance de ses innovations en matière d'intégration des services (Kodner, 2006). Cet historique d'innovation a abouti en 2004 au lancement de la plus importante réforme du système de santé et de services sociaux du Québec depuis sa création. Cette réforme marque une importante étape dans un long processus d'innovation, que l'on peut analyser en trois temps.

Le premier temps concerne la décennie de l'invention locale (autour des années 1990). Cette période a vu se mobiliser des professionnels, des gestionnaires et des chercheurs qui ont travaillé à inventer localement des solutions pour répondre aux défis que pose le contexte de vieillissement global de la population.

Le second temps concerne la décennie de la transformation de ces inventions locales en innovations soutenues intensivement par la recherche, telles PRISMA et SIPA (autour des années 2000). Ces recherches ont montré les valeurs cliniques, populationnelles et systémiques de ces inventions, et ont également indiqué comment ces dernières pouvaient s'incarner dans une réforme nationale de l'organisation des services.

Le passage de la recherche expérimentale à la politique publique forme le troisième temps (autour de 2002 à aujourd'hui), celui de la diffusion d'une innovation à travers la mise en œuvre d'une politique publique audacieuse sur l'ensemble du territoire québécois, soit la réforme de 2004.

La création d'une assurance autonomie constitue pour nous le quatrième temps de ce long parcours d'adaptation de l'organisation des services aux nouveaux besoins de la population québécoise.

En termes de finalité, l'instauration d'une politique d'intégration des services vise à mettre en cohérence les divers services requis pour des clientèles présentant des conditions complexes, comme c'est le cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Une étude montre qu'en 2009, 60,1% de la population âgée de plus de 75 ans dans les pays de l'OCDE présentait des



limitations dans leurs activités de la vie quotidienne, et que près de la moitié de ces personnes l'étaient de manière importante (OCDE, 2011). Des actions mieux intégrées peuvent prévenir, freiner, maintenir, voire restaurer la perte d'autonomie.

L'intégration se définit comme la volonté de mettre en lien les diverses dimensions du système de santé et de services sociaux avec les autres services requis au bien-être des usagers, pensons aux soins de longue durée, à l'hébergement, etc. Cela permet d'augmenter l'efficacité des services, mais aussi leur qualité et la satisfaction des usagers. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme :

Un ensemble cohérent de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs (2000 : 1, notre traduction).

L'intégration a donc un caractère horizontal (entre disciplines ou secteurs d'intervention), mais aussi un caractère vertical (entre le niveau clinique et celui de la gestion, dont le financement). L'objet de la coordination qui découle de l'intention d'intégrer ne peut donc se réduire ni à la seule dimension clinique, soit les actes professionnels effectués pour un usager, ni à la seule dimension organisationnelle, soit les normes et règles de l'établissement, l'organisation du travail et la distribution des ressources concernées par la réponse à ces besoins. L'intégration a donc explicitement pour effet attendu d'induire davantage de cohérence entre les diverses dimensions d'une intervention qui se veut plus globale, tout en demeurant singulière, à l'image de l'utilisateur (Couturier *et al.*, 2013).

L'intégration concerne donc les acteurs des paliers décisionnels tout autant qu'opérationnels, et ce, dans toutes les dimensions qu'elle recouvre (Demers *et al.*, 2005). Elle s'appréhende dans sa multidimensionnalité. Elle est **normative**, ce qui fait référence à l'appropriation par les acteurs concernés des normes, principes et valeurs qui sous-tendent le modèle d'intégration visé. Elle est aussi **clinique** par la nature des interventions et des contextes de réalisation par les professionnels. Elle est **informationnelle**, et se réalise par des outils et des



politiques informationnelles qui permettent à chacun des acteurs, et ce, de tous les niveaux, d'avoir la bonne information requise à leur intervention, au bon moment. Elle est **fonctionnelle**, c'est-à-dire qu'elle requiert, sur une base territoriale, la mise en cohérence des divers processus intersectoriels et interorganisationnels nécessaires à la bonne délivrance des services. Elle est enfin **budgétaire**, la ressource financière pouvant soutenir la cohérence recherchée. À cet égard, un arrimage de l'assurance autonomie à la réforme de 2004 visant l'intégration des services et le virage vers l'approche de prévention et de promotion de la santé constitue une condition fondamentale de succès de l'assurance autonomie, mais aussi de la réforme.

L'une des sources de la réforme de 2004 est le modèle PRISMA (Hébert *et al.*, 2004), construit autour de six composantes :

1. Des tables de **concertation** des acteurs stratégiques (les décideurs), tactiques (les gestionnaires) et opérationnels (les professionnels) qui auront pour mandat de créer les conditions de la mise en cohérence et de l'adaptation locale des diverses composantes du réseau intégré de services.
2. Un professionnel dédié à la coordination des services, le **gestionnaire de cas**.
3. Un **guichet centralisé**, soit le mécanisme par lequel il est fait en sorte que toute demande de services soit examinée de manière uniforme sur un territoire donné. Un tel guichet doit être reconnu par l'ensemble des partenaires du territoire.
4. Un **outil d'évaluation** standardisé et multidimensionnel. Cette évaluation doit être reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau.
5. Un **outil commun de planification** individualisée des interventions. Cette planification doit être reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et engage chacun des partenaires identifiés dans la réalisation des objectifs cliniques communs ainsi établis.



6. Un **système d'information** (dossier clinique) partageable et inter établissements, auquel sont liées diverses fonctions relatives à l'évaluation, la planification, au contrôle de la qualité, etc.

Nous concevons l'introduction d'une assurance autonomie comme la mise en œuvre d'une septième composante, soit un mode de financement adapté à l'implantation d'un modèle intégrateur d'organisation des services tendu vers le projet d'aider les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle à demeurer à la maison.

Une septième composante qui doit impérativement être *intégrée* aux autres

Le projet d'intégrer les services s'est donc partiellement réalisé par la réforme de 2004, notamment autour des six composantes du modèle PRISMA. Ces six composantes forment un tout cohérent, comme elles devront former un tout cohérent avec la septième composante que constitue l'assurance autonomie.

En ce sens, il est impératif d'analyser la valeur de l'assurance autonomie au regard de son rattachement aux six composantes sur lesquelles elle devra se fonder. Pour cela, il importe de discuter de la qualité de la mise en œuvre de la réforme de 2004 à aujourd'hui, soit près de 10 ans après son lancement. Une fondation instable de l'assurance autonomie sur une réforme inachevée pourrait mettre en péril la valeur même de cette innovation au moment de son déploiement.

Malheureusement, le jugement que nous portons sur la qualité de l'implantation de la réforme de 2004 n'est pas aussi favorable que ce que nous aurions souhaité, même si nous reconnaissons l'importance du travail accompli.

La réforme de 2004 fut fort exigeante sur les équipes managériales des CSSS, notamment en raison du projet de la **fusion** des ressources publiques de première ligne. L'essentiel de leurs forces vives fut accaparé par les efforts requis au bon accomplissement de ces fusions. Si le coût en termes d'efforts managériaux des fusions est aujourd'hui en grande partie absorbé, force est de constater que cela s'est effectué au prix d'un ralentissement des efforts d'intégration des services, notamment sur le plan clinique. De surcroît, il semble



que la fusion des établissements, en intégrant les missions Centre hospitalier à vocation locale, Centre d'hébergement et de soins de longue durée et Centre local de services communautaires sous une même gouverne, a accéléré la tendance, débutée sous le virage ambulatoire, de considérer les services de soutien à domicile sous un angle palliatif, incarné par une forme d'hospitalisation à domicile. Il importe ici de rappeler que le but visé par le système de santé et de services sociaux est « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (LSSSS art. 1). Cela appelle clairement une évolution de l'intervention publique en matière d'autonomie des personnes du côté d'une perspective de restauration de l'autonomie.

Par ailleurs, le fait que les fusions, en contexte méga-urbain, n'aient pas concerné les hôpitaux à vocation tertiaire a conduit à la production d'un continuum de services en partie dysfonctionnel, et ce, encore aujourd'hui, près de 10 ans après les fusions. Sans promouvoir une autre vague de fusion, nous pensons qu'il importe d'agir sur ce segment du continuum qui apparaît dysfonctionnel, surtout en contexte montréalais.

Nous pouvons constater que l'usage de l'**outil d'évaluation multidimensionnel** est passé dans les mœurs, et que le système de classification des besoins **ISO-SMAF** va dans le même sens, mais avec un peu de retard dans certaines régions. Ces deux composantes sont, de notre point de vue, assez solides pour donner une bonne assise à l'assurance autonomie, même si un important effort de consolidation est requis. Néanmoins, ces deux composantes soulèvent du questionnement eu égard à la responsabilité populationnelle. L'outil d'évaluation préconisé dans le projet d'assurance autonomie proposé est le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Cet outil s'appuie sur le modèle conceptuel de Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) de l'Organisation mondiale de la santé. Le SMAF constitue un outil utile afin de mesurer le niveau d'incapacité d'une personne âgée dans 29 activités réparties dans cinq domaines : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités de la vie domestique. Toutefois, le SMAF ne prend pas suffisamment en considération les



besoins des aînés en lien avec leurs activités sociales, de loisirs et de la vie dans la communauté. La participation dans les activités sociales est une cible modifiable associée à plusieurs résultats de santé, dont la mortalité, la morbidité, l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie. Ainsi, puisque l'autonomie représente non seulement la capacité de réaliser ses activités courantes, mais aussi ses activités sociales, il est essentiel que l'assurance autonomie considère les besoins des aînés en lien avec les activités sociales et implique officiellement les organismes communautaires. Cette modification permettrait de capter l'ensemble des besoins sociaux et fonctionnels complexes et évolutifs des personnes âgées en perte d'autonomie.

En ce qui a trait à la composante du **guichet centralisé**, elle est notre point de vue assez solide pour donner une bonne assise à l'assurance autonomie, même si un important effort de consolidation est requis.

Par contre, les pratiques de planification (**PSI**) sont en deçà des attentes, et fragilisent la capacité de l'assurance autonomie de s'implanter avec efficacité. Ce point de fragilité en révèle deux autres, encore plus fondamentaux.

Le retard de l'**informatisation** fut très fortement délétère à l'implantation des **Réseaux intégrés de services**, et les effets de ce retard sont aujourd'hui profonds, et probablement durables, au moins jusqu'à la fin de la présente décennie. Ce retard a provoqué un affaiblissement du pouvoir transformateur de la réforme sur les pratiques professionnelles, et laisse dans l'ombre une part importante des partenaires réels des continuum de services, pensons aux ressources privées et associatives qui seront beaucoup sollicitées par l'assurance autonomie. Certains milieux ont un usage si récent de la **solution RSIPA** (même dans sa version très – trop?-allégée) que les pratiques professionnelles réelles sont encore aujourd'hui celles d'avant la réforme.

Plus encore, la **gestion de cas**, soit la composante professionnelle des dispositifs intégrateurs par laquelle s'incarnent les autres composantes, prend une si grande variété de formes (là où elle existe) que nous pouvons douter de sa réelle existence, au-delà du seul effet de nomination, dans la majorité des CSSS du Québec. Or, de notre point de vue, l'assurance autonomie requerra pour son



efficacité clinique et systémique la présence de gestionnaires de cas, dont la pratique sera relativement uniforme partout au Québec.

Enfin, la visée d'implanter une **approche territorialisée et populationnelle** qui fonde la réforme de 2004 est en début d'accomplissement, surtout si on circonscrit que le regard évaluatif se campe uniquement aux CSSS. Cette responsabilité populationnelle, également introduite lors de la réforme de 2004, implique que les CSSS identifient les besoins de la population et offrent des services (Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS] art. 99.5) afin de soutenir leur santé et leur bien-être (LSSSS art. 99.6). La capacité des **Réseaux locaux de services** à s'arrimer aux divers partenaires de la communauté est actuellement modeste. On peut penser que la composante concertation prévue au modèle PRISMA semble avoir été en partie avalée par l'important effort de fusion exigé aux gestionnaires, plusieurs estimant que la création des CSSS a réduit le besoin de concertation.

Ces divers constats découlent de l'analyse de la mise en œuvre de la réforme de 2004 que des chercheurs du CdRV réalisent depuis lors. Ces constats ont d'ailleurs été pour la plupart confirmés par les très importantes observations du Vérificateur général du Québec dans son dernier rapport de 2013.

Conditions pour une implantation réussie de l'assurance autonomie

Le constat général que nous faisons quant aux conditions structurelles requises à l'implantation de l'assurance autonomie est le suivant. Les composantes essentielles de la réforme de 2004 sont interdépendantes de l'assurance autonomie, et cette dernière requiert que la réforme soit accomplie pour qu'elle prenne toute sa puissance. Nous reconnaissons que l'interdépendance va dans les deux sens, et que la création de l'assurance autonomie est aussi une condition du parachèvement de la réforme de 2004. Mais il serait risqué de croire qu'elle pourra à elle seule compenser les difficultés rencontrées depuis 2004 par la réforme. Nous allons donc, dans la suite du mémoire, identifier des conditions nécessaires pour soutenir l'achèvement de la réforme et, partant, pour créer les conditions d'une implantation réussie de l'assurance autonomie.



Il est impératif de développer une **stratégie intégrée d'accompagnement du changement**, beaucoup plus volontariste que ce qui a été mobilisé pour la réforme de 2004. Pour ce faire, il importe de **prescrire** avec plus de détails les paramètres de conceptions des composantes de l'intégration des services et de développement de l'approche prévention et de promotion de la santé. S'il va sans dire que toute innovation requiert un ajustement au contexte local, force est de constater que le manque d'indications claires quant à la gestion de cas et aux interventions de promotion de la santé, par exemple, aura favorisé une forme de régression vers des pratiques antérieures. L'accompagnement du changement devrait inclure une stratégie du changement comprenant la formation et la mise à disposition des agences et des CSSS de chargés de projets compétents et ayant les moyens de leur mission d'accompagnement. Une telle stratégie doit inclure une **évaluation** plus soutenue que les modèles actuels de monitoring du développement des réseaux intégrés de services à travers des indicateurs qui sont scientifiquement faibles. Ainsi, il importe de donner au CSSS plus de latitude en lien avec les interventions possibles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. En plus de la constitution d'une **équipe ministérielle de monitoring** du changement, nous suggérons que soit associée au déploiement de l'assurance autonomie une **équipe de recherche développementale** chargée de l'évaluation continue. Ce n'est pas un hasard si des sites comme Sherbrooke semblent plus en avance que le reste du Québec en matière d'intégration des services; la proximité d'une équipe de recherche a eu un effet très durable sur la mise en œuvre locale de la réforme de 2004. Dans ce contexte, le Centre de recherche sur le vieillissement et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal sont des joueurs de grandes envergures qui agiront avec enthousiasme pour toute démarche scientifique visant l'évaluation de cette innovation.

Il importe également de **former** les professionnels et les gestionnaires aux enjeux de l'intégration des services et de l'approche prévention et de promotion de la santé. Il est en effet très facile de constater que cette réforme, comme d'autres qui sont proches (ex. : Approche milieu de vie en CHSLD ou Approche gériatrique intégrée en hôpital), se butent aux mêmes difficultés. Nous attirons à ce propos l'attention du ministre sur la différence qui existe entre une formation d'ajustement de la main-d'œuvre, par nature courte, peu critique, et centrée sur la tâche, et une formation universitaire qui permet d'agir plus fondamentalement sur la compétence des acteurs. La réforme de 2004 s'est essentiellement appuyée



sur des formations de types *adaptation de la main-d'œuvre* pour changer de manière si fondamentale les pratiques du réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, la quasi-totalité des gestionnaires de cas du Québec n'a eu qu'une formation « technique » ou instrumentale à l'OEMC-SMAF, alors même qu'ils devraient incarner l'esprit de cette si importante réforme.

Il faut également identifier et agir sur les **conditions structurelles** qui freinent le passage dans les pratiques professionnelles et managériales à une conception intégrative des services de même qu'à des interventions résolument préventives et promotionnelles de la santé. Pour cela, il faut également **parachever l'informatisation** et **accomplir le RSIPA** tel qu'il a été conçu. Il importe également de **réfléchir aux liens qui devraient unir les CSSS et les hôpitaux tertiaires** en contexte urbain.

Nous ne saurions trop insister à propos des conditions structurelles sur l'importance d'avoir une stratégie explicite et fonctionnelle d'action sur les **enjeux de qualité** des services donnés hors des CSSS, mais sous sa responsabilité. Il ne suffira pas d'énoncer un principe général donnant cette responsabilité aux CSSS, sans leur donner les moyens d'agir. Il faut dans cette perspective tirer des leçons de la difficulté actuelle des CSSS à rencontrer leur mandat de contrôle de qualité à l'égard des ressources privées d'hébergement, par exemple. À défaut de l'établissement de cette condition, en donnant aux CSSS les moyens d'agir, ou en créant un dispositif hors CSSS efficace en la matière, le ministre et son ministère seront condamnés à gérer une longue succession de crises qui mineront à terme la capacité de l'assurance autonomie à atteindre ses objectifs, indépendamment de sa qualité intrinsèque.

Une part de ces crises découle d'adaptations locales aux réformes produisant des **effets pervers**. Par exemple, la directive publique demandant de sortir des hôpitaux le plus rapidement possible les personnes âgées est une directive adéquate en principe. Mais le système de pénalités adressées aux CSSS ne réussissant pas à établir suffisamment rapidement les conditions d'un retour à domicile dans les délais prévus (sans égard à la capacité ou la volonté de l'hôpital de troisième ligne d'y contribuer) provoque actuellement le développement de stratégies adaptatives qui nous semblent contre-indiquées eu égard aux besoins des personnes âgées et aux conséquences sur leur santé et leur bien-être. Les relocalisations successives des personnes âgées dans deux, trois, ou



quatre ressources transitoires d'hébergement traduisent une adaptation *service-driven* plutôt que *patient-centered care* de ce projet de désengorger les hôpitaux qui est de notre avis contradictoire aux intentions de la directive.

L'un des effets pervers que l'on peut raisonnablement anticiper à l'égard de l'assurance autonomie concerne un usage technoadministratif des outils (profils ISO-SMAF, notamment), à l'encontre de leurs fondements épidémiologico-cliniques. Par exemple, l'**allocation de soutien à l'autonomie (ASA)** peut devenir un instrument technoadministratif qui contredit les principes fondamentaux de l'assurance, s'il est employé indépendamment d'une capacité clinique singularisée à la situation de l'utilisateur. Nous savons que le contexte français n'est en rien comparable au nôtre, mais l'Allocation pour l'autonomie (APA), en France, est un facteur de désintégration des services. Pour l'écrire autrement, une des forces du système québécois, qui lui aura permis d'avancer positivement dans le sens d'une meilleure intégration des services, est précisément l'intégration financière relative découlant du modèle béveridgien qui est le nôtre. Il ne faudrait pas que l'ASA devienne, comme l'APA, un facteur de complexification budgétaire pour le système et pour les usagers et leurs proches ou encore, que l'ASA favorise une multiplication indue des acteurs intervenant auprès de l'utilisateur qui pourrait complexifier l'intégration des services. Si nous acquiesçons très fortement au principe d'un fonds dédié aux besoins des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle, sa mise en œuvre, ou son usage dans le futur, comme un système technoadministratif plutôt qu'épidémiologico-clinique aurait un effet contraire à ce qui est attendu. Déjà les profils ISO-SMAF sont parfois détournés de leur sens, à des fins administratives plutôt que cliniques. Il faut garder bien en vue le fait que tout dispositif ou outil se voit transformé dans et par l'usage; à plus forte raison si les conditions de cet usage sont trop sommairement définies, faiblement accompagnées ou déconnectées des contingences de la pratique des utilisateurs. Dans ce contexte, il importe que le ministère se dote d'un mécanisme d'identification des effets pervers de la mise en œuvre de l'assurance autonomie.

Enfin, la création de l'assurance autonomie devrait avoir pour effet de réactiver les **Réseaux locaux de service**, dont la vitalité varie beaucoup d'un CSSS à l'autre. Pour cela, il importe de revaloriser la concertation et de la soutenir concrètement, de façon à ce qu'elle ne soit plus vécue comme la 5e roue du



carrosse. Il faut également soutenir la compréhension et la mise en œuvre véritable de la responsabilité populationnelle.

Résumé des propositions

1. Développer une stratégie intégrée d'accompagnement du changement, assortie de ressources dédiées.
2. Décrire avec plus de détails les paramètres de conceptions des composantes fonctionnelles de l'intégration des services.
3. Planifier et soutenir concrètement l'évolution des outils cliniques centraux à la mise en œuvre opérationnelle de l'assurance autonomie vers une perspective de prévention et de restauration de l'autonomie, de participation sociale et de promotion de la santé.
4. Mettre en œuvre une évaluation qui permet de considérer les besoins des aînés en lien avec les activités sociales et d'impliquer officiellement les organismes communautaires.
5. Associer à l'implantation une évaluation rigoureuse de l'implantation et de ses effets.
 - a. Une équipe ministérielle de monitoring du changement, attentive aux effets pervers des adaptations locales.
 - b. Une équipe de recherche développementale inter-RUIS chargée de l'évaluation continue de son implantation fonctionnelle.
6. Développer une stratégie de formation et de qualification à la gestion de cas.
7. Parachever l'informatisation et accomplir la solution RSIPA telle qu'elle a été conçue initialement.
8. Constituer un comité de travail national sur les conditions d'un continuum fonctionnel entre CSSS et hôpitaux tertiaires.
9. Créer un cadre normatif général de la qualité des services offerts hors CSSS, assorti des moyens nécessaires à son bon fonctionnement, avant la mise en œuvre de l'assurance autonomie.
10. Endiguer tout risque d'usage technocratique des ASA en énonçant clairement qu'elles ont une finalité avant tout clinique.
11. Revaloriser la concertation autour des Réseaux locaux de service.



Conclusion : OUI à l'assurance autonomie, mais surtout OUI à une planification efficace de sa mise en œuvre

L'assurance autonomie est, de notre point de vue, une politique publique très importante, qui a le potentiel de contribuer de manière cruciale au parachèvement de la réforme de 2004. Nous invitons cependant le ministre à prendre appui sur une analyse rigoureuse des conditions structurelles qui ont conduit à une implantation en partie décevante de cette réforme, sur laquelle s'appuiera l'assurance autonomie. Les mêmes causes auraient les mêmes effets, si elles ne sont pas prises en considération dès maintenant. Heureusement, nous avons la chance de pouvoir tirer des leçons de cette expérience. Le présent mémoire vous a présenté la lecture que nous faisons de celle-ci.



Références bibliographiques

- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., & Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal. 168 p.
- Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P. et al. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Hébert R., Raïche M., Dubois M-F., Gueye N-R., Dubuc N., Tousignant M. (2010). "Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study", *The Journal of Gerontology. Serie B. Psychological Sciences and Social Sciences, Vol. 65, n°1*, pp. 107-118.
- Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. and the PRISMA Group. (2003). PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*; 3, 1-10.
- Kodner, D. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Kodner, D. et Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of Integrated Care*, 1:e08.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2) : 2006, 312-317.
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D. et al. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia *BMC Health Services Research*, 7, 195-211.
- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H., Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile : Constats et défis d'une étude de cas réalisée au Québec.



Revue Gériatrie et société. Numéro 143, p. 111-131.

OCDE (2011). Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr

Pineault, R. & Davely, C. (1991). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Nouvelle édition : Montréal. Chapitre 1 (p. 21-22) et adapté de : Dever, G.E.A. (1996). An Epidemiological Model for Policy Analysis. *Soc Ind Res*, 2, p.465.

Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 pages.

Turcotte, M. et Schellenberg, G. (2006). Un portrait des aînés au Canada. Statistique Canada. Division de la statistique sociale et autochtone, Ottawa.

Vérificateur général du Québec (2013). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources.

Weber, A. (2006). Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005. *Études et résultats n° 491, DRESS, Paris* : 1-8.