

L'innovation impossible comme objet sociologique. Le cas de l'implantation d'un dispositif intégrateur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Impossible innovation as a sociological object: case study of the implementation of an integrative system for services to elderly people losing their autonomy

La innovación imposible como objeto sociológico. El caso de la implantación de un dispositivo integrador de servicios para las personas de la tercera edad en pérdida de autonomía

Yves Couturier and Francis Etheridge

Number 53, Fall 2012

Sociologie et innovation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1023192ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1023192ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Athéna éditions

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Couturier, Y. & Etheridge, F. (2012). L'innovation impossible comme objet sociologique. Le cas de l'implantation d'un dispositif intégrateur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Cahiers de recherche sociologique*, (53), 73–88. <https://doi.org/10.7202/1023192ar>

Article abstract

Innovative processes frequently result in underwhelming outcomes and are more often than not marked by questionable strategic or ideological intentions. This article attempts to shed light on these disappointments and critiques from a sociological perspective. Innovative processes habitually disappoint because they are impossible, in the sense of Freud's famous description of the trades which functions are highly valuable, but who appear intrinsically inefficient. Studying innovative processes thus requires shifting our focus from evaluating their success or efficiency in regards to predetermined objectives to gaining a more profound understanding of their real effects. This proposition will be discussed via the case of an immense innovative endeavour, i.e. the implementation of a system intended to favor the integration of health and social services for frail elderly people in Québec, Canada. While the gap between the possibilities promoted by this innovation and the reality of its implementation is wide, it importantly contributed to the development of a new conception of how health and social care should be dispensed.

Tous droits réservés © Athéna éditions, 2013

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

é
erudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

L'innovation impossible comme objet sociologique. Le cas de l'implantation d'un dispositif intégrateur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

YVES COUTURIER ET FRANCIS ÉTHERIDGE

Introduction

L'innovation est une bonne idée, sur-intentionnée, c'est-à-dire tendue stratégiquement vers le projet de s'implanter durablement dans le monde en vue de le transformer pour le mieux, ce mieux étant, bien entendu, affirmé du point de vue de son promoteur. Cette intentionnalité forte distingue l'innovation du changement, qui se définit comme une observation empirique de différences dans le temps dans une dimension particulière d'une entité¹. Le concept d'innovation renvoie donc à l'idée de changement, mais tous les changements ne représentent pas une innovation de fait². Plus particulièrement, une innovation est une invention (la bonne idée) insérée dans un

-
1. Andrew H. Van de Ven, A. et Everett M. Rogers, « Innovations and organizations: Critical perspectives », *Communication Research*, vol. 15, n° 5, 1988, p. 632-651.
 2. Heather Waterman, Martin Marshall, Jenny Noble, Helen Davies, Kieran Walshe, Rod Sheaff et Glyn Elwyn, « The role of action research in the investigation and diffusion of innovations in health care: The PRIDE project », *Qualitative Health Research*, vol. 17, n° 3, 2007, p. 373-381.

dispositif d'accompagnement favorisant sa diffusion puis son implantation effective et efficiente³.

La notion de dispositif d'accompagnement permet d'entrevoir une autre facette de l'innovation, soit sa nécessaire représentation en tant que nouveauté par l'individu ou l'organisation l'adoptant⁴. En ce sens, elle se distingue radicalement de l'invention par son caractère stratégique, mais aussi par le fait qu'elle positionne intrinsèquement à distance le promoteur et l'utilisateur de l'invention. L'innovation résultant d'emprunts d'intelligence externes représente néanmoins le moyen le plus communément employé par les organisations pour influencer leur niveau de performance⁵.

Pour plusieurs de ses « adopteurs » potentiels, cette sur-intentionnalité stratégique rend l'innovation suspecte : qui la promet et au nom de quoi ? En quoi ses concepteurs et promoteurs sont plus habilités que les usagers à développer une solution à leurs problèmes ? Enfin, ne cache-t-elle pas sous ses jolis et candides atours du *mieux* l'ennemi du bien, l'ogre de la pensée ultralibérale posant tout changement comme l'occasion d'induire toujours davantage de pensée industrielle dans toute activité ?

En plus d'être suspectées de mauvaises fréquentations idéologiques, les innovations sont le plus souvent estimées décevantes, leurs pouvoirs transformateurs ne rencontrant pas dans les faits suffisamment les attentes qu'elles suscitent, ni les prétentions qu'elles affirment. Ces suspicions et déceptions rappellent les *métiers impossibles* (les métiers de l'éducation, de la guérison et de la gouvernance, selon Freud) pour lesquels on peut, tout au mieux, s'attendre à un succès insuffisant⁶. Par-delà son effet de style apparent, cette représentation de l'impossible poserait l'insuffisance de l'implantation moins comme une mesure d'insuccès que comme un analyseur sociologique de la descente de l'intention, même la plus volontariste, dans le monde des contingences. Et cette descente, bien qu'*a priori* insuffisante, produirait forcément des effets divers et en grande partie inattendus. Plus encore, il serait possible de réfléchir l'*innovation*, en ce qu'elle a d'*impossible*, au-delà de la seule lecture de ses effets, en ouvrant la possibilité qu'elle ait aussi pour fonction de ne pas réussir, et que se trouve peut-être là son véritable principe d'action.

Pour ancrer cette réflexion, nous exposerons le cas de l'implantation d'une innovation de très vaste portée, tant par sa nature que par son ampleur,

3. Trisha Greenhalgh, Glenn Robert, Fraser Macfarlane, Paul Bate et Olivia Kyriakidou, « Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, 2004, p. 581-629.

4. Everett M. Rogers, *Diffusion of innovations*, New York, Free Press, 2003.

5. Wesley M. Cohen et Daniel A. Levinthal, « Absorptive-Capacity, A New Perspective on Learning and Innovation », *Administrative Science Quarterly*, vol. 35, n° 1, 1990, p. 128-152.

6. Mireille Cifali, « Métier "impossible" ? Une boutade inépuisable », *Le portique*, n° 4, 1999, p. 1-10.

soit la création de réseaux intégrés de services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie au Québec. C'est réseaux visent à intégrer dans un continuum cohérent l'ensemble des services requis au maintien de l'autonomie de personnes âgées fragiles. Rare cas d'une innovation adoptée par un champ organisationnel complet, celui de la santé et des services sociaux, ses composantes et sa méthodologie d'implantation ont été montrés efficaces dans le cadre d'un devis quasi expérimental de recherche⁷. Cependant, sa diffusion en partie décevante sur l'ensemble des organisations publiques de santé et de services sociaux du territoire québécois à partir de 2004⁸ permet de penser comment l'insuffisance d'une innovation révèle à la fois le caractère irréductiblement incertain des objets sociaux qu'elle vise, la présence d'un sentier de dépendance⁹ qui contraint le changement, mais aussi un changement qui s'effectue malgré son impossibilité relative apparente.

La sociologie, en raison de son caractère faiblement discipliné¹⁰, permet de croiser une pluralité de regards, et éventuellement de penser ensemble ce qui se reproduit, se produit, et émerge de la mise en œuvre de l'innovation *impossible*. Car s'il est très facile de montrer que telle innovation a déçu, en fait que 70% d'entre elles tombent au premier combat rencontrée avec le réel¹¹, et que les rares qui survivent à l'épreuve empirique ont très souvent des effets inattendus, voire impensés par leurs promoteurs¹², il demeure que ce maelström d'innovations impossibles semble pourtant agir sur le réel, qui se transforme de toute évidence.

Mais pour que ce croisement de regards heuristiques issus de la sociologie adienne, il importe de prendre distance de deux réductionnismes quasi idéologiques concernant la thématique de l'innovation, le premier voulant réduire toute innovation à sa sur-intentionnalité suspecte (en fait souvent considérée comme mal-intentionnalité), l'autre ne réduisant l'innovation qu'à des constats *prima face* d'échec. Or, penser l'insuffisance de l'innovation, c'est penser autre chose que l'échec ou l'insuffisance, produits de la rencontre de forces (re)productives et de forces adaptatives, de processus de

7. Réjean Hébert, Michel Raïche, Marie-France Dubois et Groupe PRISMA, «Impact of prisma, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 65B, n° 1, 2010, p. 107–118.

8. Yves Couturier, Dominique Gagnon, Louise Belzile et Mylène Salles, *La coordination gériologique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2013; Isabelle Vedel, Michèle Monette, François Béland, Johanne Monette et Howard Bergman, «Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada», *International Journal of Integrated Care*, n° 11, 2011.

9. Paul Pierson, «Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics», *The American Political Science Review*, vol. 94, n° 2, 2000, p. 251-267.

10. Jacques Hamel, *Précis d'épistémologie de la sociologie*, Paris, L'Harmattan, 1997.

11. Julia Balogun et Veronica Hope Hailey, *Exploring Strategic Change*, Londres, Prentice Hall, 2004.

12. Malcolm Masso et Grace McCarthy, «Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care», *International Journal of Evidence-Based Healthcare* vol. 7, n° 2, 2009, p. 145-156.

croissance et limitatifs¹³. La prise en compte du réductionnisme induit par la nature même du concept d'innovation, limitant notre représentation du changement à une activité planifiée et discontinue impulsée par une force téléologique et externe à la pratique, vient néanmoins modérer le jugement d'insuffisance.

L'innovation des Réseaux intégrés de services¹⁴

Depuis le mouvement de désinstitutionalisation, les clientèles de personnes âgées en perte d'autonomie, comme celles souffrant de problèmes de santé mentale, ont été à l'avant-garde des innovations visant une meilleure intégration des services dans la communauté. C'est d'ailleurs pour ces clientèles que le modèle asilaire a prévalu le plus longtemps, avec les nombreux effets délétères qu'on lui connaît sur la santé et le bien-être¹⁵. Ce modèle asilaire fut, au courant des années 1980, substitué à la faveur du mouvement de désinstitutionalisation par un modèle d'organisation des services davantage domicilo-centré¹⁶. Ce renversement conceptuel, souvent imputé à la seule volonté de l'État de réduire les coûts, fut dans les faits aussi réalisé à la suite des revendications exprimées par des associations de défense de droits des usagers exigeant des services moins handicapant, plus humains et davantage favorables au recouvrement de leur autonomie¹⁷.

Depuis ce premier mouvement, la plupart des pays avancés ont connu d'importantes réformes de l'organisation de leurs services de santé et sociaux, surtout pour les usagers présentant des situations cliniques complexes et chroniques, comme c'est le cas des personnes âgées en perte d'autonomie¹⁸. Ces réformes visaient l'accroissement de l'efficacité et de l'efficacités des services, mais elles répondaient aussi à un besoin en termes de leur humanisation, ce que révèle d'ailleurs la montée en puissance relativement récente du principe de centration des services sur les besoins des usagers dans tous les modèles conceptuels de l'organisation des services¹⁹. De telles innovations

13. Peter Senge, Art Kleiner, Charlotte Roberts, Richard Ross, George Roth et Bryan Smith, *The Dance of Change: The Challenge of Sustaining Momentum in Learning Organizations*, New York, Doubleday, 1999.

14. Cette section s'appuie sur dix ans de travaux empiriques, réalisés à partir de méthodologies qualitatives, sur l'implantation et l'appropriation de cette innovation par les praticiens du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, mais aussi en France.

15. Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

16. Luciano Bozzini, «De l'Italie au Québec: implications de la réforme psychiatrique italienne», *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, 1986, p. 133-148.

17. Robert Mayer, *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin, 2002.

18. European commission, *Provens strategies to improve older people's health*, Bruxelles, Eurolink Age Report, 1999.

19. Daniel Epner et Walter F. Baile, «Patient-centered care: the key to cultural competence», *Annals of Oncology*, vol. 23, n° 3, 2012, p. 33-42; Mary-Jane Koren, «Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement», *Health Affairs*, vol. 29, n° 2, 2010, p. 312-317; Edeltraut Kröger, André Tourigny, Diane Morin, Lise Côté, Marie-Jeanne Kergoat, Paule Lebel, Line Robichaud, Shirley Imbeault, Solange Proulx et Zohra

ont des vertus cliniques, budgétaires, sociales et humaines nombreuses. Mais elles posent au moins deux défis organisationnels importants en termes de complexification de l'offre de services.

Premièrement, l'utilisateur n'est plus captif, voire objectivé, dans un espace fonctionnel (l'hôpital, par exemple) commode pour les intervenants. Même s'il est possible de reconnaître que l'intervention au domicile ou dans la communauté peut être une source d'institutionnalisation de l'intime²⁰, cela n'est pas toujours le cas et certainement pas univoque²¹. Au domicile, par exemple, l'intervenant est *de facto* un invité, ce qui permet à l'utilisateur ou à ses proches de faire valoir un certain nombre de leurs règles de vie.

Deuxièmement, le fait que l'utilisateur demeure au domicile permet de reconnaître, mais aussi de mobiliser, des ressources jadis hors du champ d'action des organisations de services publics, pensons aux proches-aidants, au voisinage, aux ressources bénévoles, aux ressources privées, etc. Dans le cadre d'un même domicile, tous ces acteurs circulent et se rencontrent dorénavant, souvent dans un certain désordre, et toujours suivant une pluralité très grande de logiques d'action. Ainsi, le domicile, malgré ses valeurs indéniables sur le plan de l'autonomisation de la personne et de la préservation de son bien-être, voire de son humanité, constitue aussi une condition d'augmentation de la fragmentation de l'organisation des services, car chacun des acteurs qui y circule y apporte son propre régime d'actions, sa propre légitimité, ses propres normes, ses propres intérêts, ses propres finalités. Puisque le virage vers le domicile des usagers poursuit de nobles finalités, mais qu'il pose de nouveaux défis en termes d'organisation des services, il fallait donc innover en instaurant des dispositifs intégrateurs qui allaient contribuer à réduire ses effets négatifs.

Au Québec, les années 1990 ont donné lieu à de nombreuses inventions locales en la matière, élaborées par des professionnels militants ou des cadres particulièrement motivés. Ces inventions ont été suivies, au début des années 2000, de plusieurs recherches, dont SIPA et PRISMA²², particulièrement reconnues pour leur importance et leur qualité au niveau mondial²³. Leurs résultats ont inspiré l'État québécois dans la mise en forme puis la diffusion

Benounissa, «Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia», *BMC Health Services Research*, n° 7, 2007, p. 195.

20. Annabella Magnusson, Elisabeth Severinsson et Kim Lützén, «Reconstruction mental healthnursing in home care», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 43, n° 4, 2003, p. 351-359.

21. Marie Crevier, Yves Couturier et Paul Morin, «L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 23, n° 1, 2010, p. 177-191.

22. I. Vedel, M. Monette, F. Béland, J. Monette et H. Bergman, *op. cit.*

23. Dennis L. Kodner, «Managed care networks for the vulnerable elderly. North American Prototypes, Performance and Lessons», *International Journal of Integrated Care*, n° 8, 2008.

de la plus substantielle réforme de l'organisation des services depuis la Révolution tranquille. Notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, l'organisation des services de santé et sociaux fut restructurée suivant un modèle dit intégré²⁴. Cette réforme s'est manifestée notamment par une révision fondamentale de la gouvernance des organisations concernées par le continuum de services aux personnes âgées, réalisée par la fusion du Centre local de services communautaires (CLSC), des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'hôpital d'un même territoire, à l'exception des hôpitaux universitaires et des ressources de deuxième ligne (protection de la jeunesse et Centre de réadaptation). Cette fusion donna naissance aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à un management plus solidement ancré du côté de la Nouvelle Gestion publique²⁵. Ce mouvement de réforme s'est incarné sur les plans organisationnel et professionnel par l'instauration de dispositifs intégrateurs.

L'intégration des services peut être définie comme le produit de la mise en cohérence fonctionnelle de toutes les composantes du système de santé et de services sociaux requises au bien-être d'un usager ayant des problèmes biopsychosociaux chroniques et complexes²⁶. L'intégration des services se déploie sur deux plans logiques, l'un qui relie les acteurs qui appartiennent à différents champs disciplinaires ou à différents secteurs d'intervention, l'autre, qui articule les actions effectuées au niveau clinique à celles effectuées au niveau managérial. À la rencontre de ces deux plans se situe un acteur professionnel dédié à la coordination des services sur la durée et dans l'espace, le plus souvent appelé gestionnaire de cas²⁷. L'objet de sa coordination ne peut se réduire ni à l'animation des interactions cliniques (interdisciplinaires ou intersectorielles) ni à la seule dimension intra-organisationnelle, en liant par exemple les normes et règles de l'établissement, l'organisation du travail et la distribution des ressources concernées par la réponse aux besoins de l'utilisateur. Sa tâche consiste plus fondamentalement à médier les plans logiques disciplinaire et clinico-managérial en les intégrant de façon *ad hoc* et adéquate à la situation clinique singulière de l'utilisateur.

.....
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004.

25. Louis Demers, « Mergers and integrated care: the Quebec experience », *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, n° 22, 2013.

26. Walter Leutz, « Reflections on Integrating medical and social care: five laws revisited », *Journal of Integrated Care*, vol. 13, n° 5, 2005, p. 3-12.

27. Y. Couturier, D. Gagnon, L. Belzile et M. Salles, *op. cit.*

Sur le plan conceptuel, la réforme québécoise²⁸ s'est beaucoup inspirée du modèle PRISMA²⁹, constitué autour de six composantes :

1. Une concertation des acteurs stratégiques (les décideurs), tactiques (les gestionnaires) et opérationnels (les professionnels) qui a pour fonction de mettre en place les conditions de mise en cohérence des diverses composantes du réseau intégré de services.

2. Une figure professionnelle dédiée à la coordination des services, ici la gestion de cas.

3. Un guichet unique, soit le mécanisme par lequel on s'assure que toute demande de services est examinée de la même façon sur un territoire donné.

4. Un outil d'évaluation standardisé et multidimensionnel, qui permet d'ancrer l'organisation des services requis pour un usager dans une lecture rigoureuse et sensible à la singularité de ses besoins.

5. Un outil partageable de planification individualisée des interventions. Cette planification sera reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et engagera chacun des partenaires identifiés dans l'atteinte des objectifs identifiés.

6. Un dossier clinique partageable.

À propos de ces six composantes essentielles, le groupe de recherche PRISMA a montré de façon quasi expérimentale un effet systémique positif sur le plan populationnel à partir d'un taux d'implantation de 70 %³⁰. Malgré d'importants efforts de la part des acteurs de terrain, le taux réel d'implantation évalué par le ministère était de 37,1 % en 2008, 52,62 % en 2010 (excluant alors Montréal, dont on sait que le taux est particulièrement faible)³¹. La moitié du chemin a été parcourue ou implantation décevante? Cette analyse ministérielle, de type présence-absence de composantes attendues, donne des points à des aspects plus faciles à implanter que ceux qui ne le sont pas encore. Il est donc loin d'être certain que la suite du chemin suivra une croissance arithmétique, et que le temps arrangera l'affaire... De plus, aucune étude indépendante et de grande envergure ne donne depuis un véritable portrait de l'état d'implantation de cette innovation, encore moins de ses effets en contexte non expérimental. Néanmoins, quelques études de petite et moyenne portée semblent montrer à la fois des transformations

.....
28. Ministère de la santé et des services sociaux, *op. cit.*

29. Réjean Hébert, « Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes », dans Réjean Hébert André Tourigny et Maxime Gagnon (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Québec, EDISEM, 2004, p. 1-7.

30. R. Hébert, M. Raïche, M.-F. Dubois et Groupe PRISMA, *op. cit.*

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010.

nombreuses, mais toujours en deçà des attentes des promoteurs de l'innovation³². Ce portrait n'invalide pas la valeur intrinsèque de l'innovation, récemment réitérée par une étude australienne³³, mais nous conduit à tourner le regard sur les conditions de son implantation pour comprendre le sens de cette innovation apparemment impossible³⁴.

Un déplacement du locus du contrôle du changement

Notre propos ici n'est pas de rendre compte avec force détails de la mise en œuvre de la réforme, mais bien de réfléchir sur les conditions de possibilité de la pérennisation de cette innovation. Nous avons observé, grâce à l'analyse de diverses données (textes, discours et observations dans six CSSS), une très grande variabilité dans les façons de réaliser localement les prescriptions nationales. Cela pourrait laisser entendre que les acteurs locaux sont en mode adaptation de l'innovation, mais aussi qu'elle s'est avérée en partie impossible à implanter telle que prévu. Sans trancher définitivement entre ces deux hypothèses, nous pensons que l'une et l'autre s'expliquent en partie par un déplacement du locus du contrôle du changement, le mouvement d'innovation basculant clairement d'un mode ascendant (*bottom up*) à un mode descendant (*top down*) faible, de type *help it happen*, pour reprendre la distinction que font Greenhalgh et ses collaborateurs³⁵ entre une conduite du changement clairement émergente *let it happen*, une conduite qui aide à faire advenir le changement, le *help it happen*, puis une approche plus autoritaire de type *make it happen*. Pour effectuer notre analyse, nous reprendrons les composantes du modèle PRISMA.

Composante n° 1 : la concertation

Alors que le moteur premier de l'inventivité était, au courant de la période expérimentale (avant et durant les recherches), diverses tables de concertation permettant de négocier de façon subsidiaire (au niveau stratégique, tactique et opérationnel) des solutions adaptées, la réforme de 2004 créa un amalgame conceptuel non attendu par les inventeurs entre l'implantation de dispositifs intégrateurs, posant le principe d'une innovation développemen-

32. Louis Demers, *op. cit.*; Francis Etheridge, Yves Couturier, Hélène Trouvé, Olivier St-Jean et Dominique Somme, « Is the PRISMA-France glass half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process », *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, n° 4, 2009.

33. Michael J. Stewart, Andrew Georgiou et Johanna I. Westbrook, « Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program », *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, n° 22, 2013.

34. Yves Couturier, Louise Belzile et Dominique Gagnon, « Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Management & Avenir*, n° 47, 2011, p. 132-145.

35. T. Greenhalgh, G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate et O. Kyriakidou, *op. cit.*

tale centrée sur la participation des acteurs, et la fusion des établissements, qui fut clairement conduite de manière *make it happen*. Cette dernière composante de la réforme s'est présentée dans les faits comme une priorité absolue, et elle est donc clairement advenue, avec son lot d'effets positifs et négatifs. La fusion structurelle fut pourtant légitimée politiquement par la nécessité de mieux intégrer les services sur le plan clinique. L'importance du mandat de fusionner de tels établissements fit en sorte de mobiliser l'essentiel des forces managériales vives, et de dévitaliser, parfois jusqu'à leur disparition, les tables de concertation pourtant motrice des inventions locales ayant permis l'élaboration même des innovations québécoises en matière d'intégration des services. Nombre de cadres estimaient que de réussir les fusions avait (ou aurait) pour effet de réussir l'intégration, ce qui ne s'est pas complètement avéré.

Puis un second glissement s'est effectué, peut-être plus fondamental. *De facto*, le mode d'élaboration locale du dispositif d'intégration n'est plus celui de la concertation de partenaires interdépendants, mais plutôt celui de la gestion administrative déconcentrée d'une commande ministérielle cherchant davantage de contrôle sur les organisations locales³⁶. Ainsi, le message décodé par les gestionnaires de terrain ne fut pas de se concerter pour inventer localement des solutions à des problèmes localement identifiés de rupture de continuité de services, mais bien celui de réaliser une fusion administrative des établissements d'un même territoire, perçu comme la seule priorité ministérielle véritablement impérative. Par conséquent, la conduite du changement fut essentiellement *top down*, et ce, en partant du sommet de la ligne hiérarchique.

Ce processus de réforme fut des plus exigeants, et a engouffré l'essentiel des forces vives pour près d'une décennie. Les services directs à la population étant au bout de la chaîne des transformations, l'intégration clinique est par conséquent la dimension pour laquelle le jugement de pertinence de l'innovation est le plus sévère. Même des territoires reconnus pour leur long historique d'invention en la matière ont connu un certain recul du caractère intégré de leurs services à la suite des efforts exigés en termes de fusion d'établissements. On peut donc affirmer que le mouvement de fusion administrative a provoqué un recul de l'intégration sur le plan clinique, notamment par l'affaiblissement des lieux de concertation, mouvement marquant un déplacement d'une posture d'invention à une posture d'adaptation, voire de dénaturation, de l'innovation.

.....
36. L. Demers, *op. cit.*

Composante n° 2 : la gestion de cas

La gestion de cas est la composante professionnelle des dispositifs sociotechniques d'intégration des services. En ce sens, elle est sans doute la composante la plus labile et donc celle qui permet le plus la réinvention de l'innovation en fonction des situations locales. Cette composante, pourtant au cœur de l'innovation, fait l'objet d'une très grande dispersion de conceptions dans les CSSS du Québec, traduisant moins une activité intense d'adaptations locales qu'une extrême difficulté à en comprendre le sens, à l'implanter, mais surtout à changer les pratiques antérieures. Cela s'explique par un usage pour l'essentiel rhétorique de l'étiquette gestion de cas, dont les indications de mise en formes dans les documents-maîtres de la réforme³⁷ furent pour le moins vagues.

Dans tous les cas que nous avons étudiés, l'activité professionnelle la plus stable des gestionnaires de cas est celle relative à la mise en œuvre clinique des outils d'évaluation des besoins standardisés, toutes les autres tâches s'effectuant pour l'essentiel suivant les anciens modes de pratique. La gestion de cas fut donc implantée un peu partout, mais suivant un contenu innovant très variable, des formes empiriques non moins dispersées et une saillance très faible pour les usagers et leurs proches, et modeste pour les partenaires cliniques des gestionnaires de cas, ceux-ci ne percevant que peu de différences avec les pratiques du passé. Sans vision partagée, sans sens partagé, ni par le haut, ni par le bas, ni par les gestionnaires, ni par les usagers, l'impulsion au changement demeurera faible.

Les fonctions essentielles du gestionnaire de cas (évaluer, planifier et coordonner) sont globalement effectuées, mais avec une tonalité différente de celle attendue. Ainsi, les gestionnaires de cas semblent moins proactifs qu'espéré pour agir en amont de la perte d'autonomie, ceux-ci agissant avant tout en mode réactif aux besoins de l'utilisateur qui perd son autonomie. La capacité des gestionnaires de cas de transformer une organisation des services dite *service-driven* au profit d'une approche davantage *patient-centered* n'a pu s'incarner, notamment en raison de l'insuffisance chronique et reconnue du financement des services de soutien à domicile. De plus, leur action est moins large qu'attendue, c'est-à-dire en principe tournée sur l'ensemble des besoins de l'utilisateur, ce qui engage une action en direction des diverses ressources de la communauté.

Le travail des gestionnaires de cas observés consiste plutôt à relayer l'action des systèmes d'intervention publics, avec sans ou peu d'égards aux

37. Ministère de la santé et des services sociaux, *Projet clinique...*, op. cit.

autres ressources agissant ou pouvant agir auprès de l'utilisateur. Plus encore, alors que le modèle se légitime par le projet de développer une première ligne de services centrés sur le domicile, à l'encontre du principe de mise en priorité des besoins de l'hôpital dans la bonne gestion des services publics³⁸, de nombreux indices nous laissent croire que la gestion de cas s'est concrètement incarnée selon une logique de prolongation des priorités de l'hôpital vers le domicile, ce qui vient très profondément modifier le sens du projet intégrateur au profit d'une « conscription » de ces ressources trop rares par l'hôpital. Il importe de préciser que cette traduction inattendue du modèle a aussi pour effet de modifier positivement la façon dont l'hôpital conçoit son offre de services. Cela illustre l'extrême prudence dont il faut user lorsqu'il s'agit d'évaluer l'implantation de telles innovations.

Composantes n^{os} 3 et 4: l'outil d'évaluation standardisé et le guichet unique

L'outil d'évaluation standardisé et le guichet unique sont les composantes les mieux implantées du modèle. Plus spécifiquement, l'outil d'évaluation multidimensionnel est employé partout et reconnu de tous ; il s'agit d'ailleurs de la seule composante ayant fait l'objet d'un effort systématique de formation des professionnels. Ici, la fusion des établissements dans une gouvernance unifiée a facilité l'implantation de ces composantes fonctionnelles, puisqu'elles étaient requises à la bonne marche du projet de fusion ; la nouvelle organisation étant alors en quête d'un langage unifié et d'une meilleure cohérence interdépartementale.

Composantes nos 5 et 6: les outils partageables de planification et d'information

Dans le cas de ce groupe de composantes, force est de constater une disparité entre les divers CSSS, en raison notamment d'un développement très variable des supports technologiques de ces outils, condition clé de leur partageabilité. Le développement en mode local de ces outils est fort difficile, en raison des enjeux technologiques qui les concernent, et des conséquences en termes d'interopérabilité avec les autres partenaires ; pour l'écrire autrement, si chaque CSSS développe son petit outil maison, il sera impossible de déployer de bonnes pratiques managériales ou cliniques entre territoires.

L'extrême lenteur du MSSS dans la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'informatisation est également à noter à ce propos. Cette composante de l'innovation se caractérise par un coût initial d'implantation important

.....
38. Réjean Hébert, André Tourigny et Maxime Gagnon, *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Québec, EDISEM, 2004.

(conception des outils, mise à disposition des professionnels de terminaux et mise à niveau et maintien des infrastructures informationnelles). La faible informatisation des dossiers cliniques et leur difficile partageabilité font en sorte que les pratiques de planification ne prennent pas tout leur sens, plusieurs professionnels estimant que la planification a surtout une fonction managériale plutôt que clinique, ce qui nuit grandement à son implantation pertinente. De plus, à quoi bon planifier si cette planification n'engage pas de comportements de la part des autres professionnels et organisations du réseau dit intégré? Au regard de l'analyse des dossiers cliniques, nous sommes à même de constater les effets d'un développement très inégal des pratiques de planification des services (ex.: bris de service majeur pour un usager en raison de l'indisponibilité d'une barre d'appui à la baignoire ne coûtant que 15 \$, mais en rupture de stock), et la présence de pratiques de partage de l'information compensatoires inattendues par les concepteurs des réformes (pratiques parallèles d'information clinique aux partenaires).

Somme toute, il apparaît que le passage du mode invention (créations locales et recherches) au mode innovation par le truchement d'une *politique publique* a fait bouger le locus de la volonté de changement. Celui-ci s'est globalement externalisé par la mutation de la composante concertation, favorable à l'invention en continu. Cette capacité d'inventer au jour le jour permet l'adoption d'une approche «pull» du changement, positionnant les usagers comme les détenteurs légitimes du changement et devant tirer les «experts» adéquats à participer au développement de leur initiative à eux.

L'autre modèle, dit «push³⁹», constitue une modalité administrative de gestion appliquée d'une commande ministérielle ressentie pour l'essentiel comme une imposition, dans ce cas-ci la fusion des établissements et la transformation des modes de monitoring de la gestion locale. Alors que la fusion fut fortement prescrite (cadre légal, changements réglementaires et outil de monitoring), ce déplacement fut renforcé pour le projet intégrateur par l'absence quasi complète d'une stratégie d'accompagnement du changement, le MSSS semblant estimer que l'énonciation de quelques principes généraux suffirait à faire advenir l'innovation. Cela permet de remettre en question l'intention du changement, l'engagement du promoteur à l'égard de «son innovation». De la perspective de l'utilisateur potentiel, l'innovation est perçue comme faiblement prioritaire pour le promoteur.

.....
39. Chris Clegg et Suzan Walsh, «Change management: Time for change», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 13, n° 2, 2004, p. 217-239.

Projet, résistance et innovation impossible

Après près de 25 ans d'invention et d'innovation en matière d'intégration des services, le jugement que l'on porte sur les réseaux intégrés de services peut être légitimement critique: l'implantation est approximative, n'a pas l'effet systémique attendu et la variété des adaptations est telle qu'il est difficile d'entrevoir la cohérence d'ensemble⁴⁰. Néanmoins, l'implantation des réseaux intégrés de services provoque un *aggiornamento* important dans la façon de concevoir et de délivrer les services. Malgré la difficulté d'accomplir ces réformes, qui voudrait aujourd'hui revenir au modèle strictement hospitalo-centré? Et les usagers eux-mêmes refuseraient un retour vers les hospices, alors même qu'ils conservent de grandes capacités fonctionnelles et adaptatives, et surtout qu'ils possèdent une grande volonté de se mettre en projet, et ce, à tous les moments de la vie. La très importante réforme de l'organisation des services dont nous traitons ici a tout de même permis de constituer des réseaux, certes insuffisants, mais qui existent néanmoins.

Dans des travaux inédits portant sur un territoire parmi les plus avancés en termes d'implantation des réseaux intégrés de services, nous avons documenté à quel point les cadres sont très fiers du chemin parcouru⁴¹, et comment les gestionnaires de cas eux-mêmes estiment que leur action importe plus que jamais, même s'ils constatent ne pas pouvoir avoir une action aussi pro-active qu'ils ne le souhaiteraient, notamment en raison de l'insuffisance des ressources accordées. De leur point de vue, ce ne sont ni les modèles qui sont en cause ni les changements structurels relatifs à l'intégration des services qu'ils décrient, mais l'insuffisance de ressources à coordonner, comme si la structure avait changé pour elle-même sans suffisamment d'égards au réaligement des ressources que l'innovation nécessitait. Les gestionnaires de cas nous disent ceci : nous sommes capables de coordonner, mais n'avons pas assez de services à coordonner...

Malgré les difficultés d'implantation, les organisations se sont radicalement transformées au cours de cette réforme : les façons de faire ont évolué, la distribution de ressources se fait un peu différemment, les besoins sont probablement un peu mieux comblés et les conditions d'un parachèvement de la réforme semblent se mettre en place. L'écart entre ce point de vue et le jugement en partie négatif que nous avons soutenu plus haut s'explique de deux façons. D'abord, se trouve sans doute dans le regard de l'évaluateur des

40. L. Demers, *op. cit.*

41. Nicole Dubuc, Lucie Bonin, Yves Couturier *et al.*, *La configuration de l'organisation des services du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) du CSSS-IUGS: Une étude de faisabilité*, Rapport de recherche, centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS, 2012.

forces de distorsions du réel. Le cadre n'aurait-il pas naturellement tendance à positiver, alors que le jugement des professionnels serait facilement enclin à négativer, à voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide⁴² ? Puis le chercheur et le concepteur de l'innovation, qui sont parfois les mêmes, n'ont-ils pas un regard à effet grossissant, qui tend lui aussi à montrer les carences sous une lumière particulièrement crue ? Pour le promoteur de l'innovation, celle-ci a bien entendu pour mission de réussir, telle que l'indiquent ses propres indicateurs de succès, imbriqués à son cahier de charges, alors que ce dernier devrait être plus sensible au processus, à la conduite du changement plutôt qu'aux seuls résultats. Pour Senge, « It's not what the vision is, it's what the vision does⁴³. »

Pour les cadres, dont la mission est de mettre en place les conditions d'une implantation réussie, par-delà l'ensemble des missions courantes et des innovations concurrentes (au moins au regard du temps managérial disponible), l'innovation a aussi pour mission de réussir, car il en va de la reconnaissance de leur capacité managériale. Par contre, pour l'utilisateur de l'innovation, ici le professionnel œuvrant en situation gérontologique complexes, l'innovation a surtout pour mission de changer sa pratique. Elle contient donc une affirmation au moins tacite d'insuffisance ressentie par le clinicien comme un certain désaveu. Pour son usager, l'innovation est donc une condition environnementale à la réussite d'un projet clinique personnel ou disciplinaire.

L'innovation produit par elle-même une force de résistance, n'ont pas celle, si fréquente dans les écrits scientifiques, affirmant la résistance comme un attribut psychique d'un sujet qui ne veut pas changer par conservatisme ou intérêt. La résistance dont il s'agit ici est socio-anthropologique et découle du frottement normal entre le déjà-là et l'advenant. La résistance est ainsi imbriquée à toute praxis humaine, c'est-à-dire à toute pratique produisant un changement. Une innovation comme les réseaux intégrés de services cherche alors à canaliser cette force transformatrice au cœur de toute pratique dans une direction, celle de la sur-intention évoquée en introduction. La résistance spécifique à l'innovation s'ajoute et se mélange alors à toutes les autres résistances « naturelles » de l'activité praxéologique.

Pour ces deux groupes d'acteurs, gestionnaires et professionnels, l'innovation est un projet, certes de natures différentes, mais un projet néanmoins. Or, tout projet a une fonction quasi ontologique de décevoir, puisque tentatif. Se projeter, c'est chercher à matérialiser ses intentions⁴⁴, et conduire un projet, c'est chercher à définir quelles sont les bonnes approches pour le

42. F. Etheridge, Y. Couturier, H. Trouvé, O. St-Jean et D. Somme, *op. cit.*

43. Peter M. Senge, *The Fifth Discipline*, Doubleday, New York, Doubleday, 1990.

44. Jean-Pierre Boutinet, *Psychologie des conduites à projet*, Paris, PUF, 2011.

définir, le planifier et le réaliser avec succès⁴⁵. Les promoteurs des innovations gagneraient peut-être à davantage concevoir des projets innovants que des innovations, et à s'assurer d'entreprendre ces projets collectivement, comme cheminement vers les résultats du projet. Le projet est donc une forme d'anticipation qui cherche à relier le moment de la conception à celui de la réalisation de manière méthodique⁴⁶. Le projet est alors synonyme de progrès, car il est « apte à asseoir la conception nouvelle du devenir des sociétés humaines⁴⁷ », toujours plus complexes.

C'est donc en réponse à cette augmentation de la complexité que le projet devient utile, important, et que sa forme la plus méthodique est celle de l'innovation, prête à être diffusée. Poser l'innovation comme centrale, plutôt que le projet, revient alors à « designer » la déception, à planifier l'écart entre l'espéré, le possible et le fait. Le projet, par nature décevant, est paradoxalement une tentative continuellement recommencée pour échapper à la fatalité, par la recherche d'un compromis raisonnable entre l'ordonnement résistant de la vie quotidienne et l'idéalisation d'un mieux qu'il porte. Le projet du projet consiste donc à transformer le réel en liant conception et mise en œuvre d'une intention. Mais la résistance praxéologique s'interpose toujours, puisqu'elle est dans le réel à transformer. Il y a donc une double impossibilité de l'innovation, celle du projet, par nature décevant car jamais totalement accompli, et celle de la praxis, par nature contingente et résistance. La solution de rechange serait alors un projet sans intentions explicites, jamais déçues et jamais transformatrices... Praxis et projet ont-ils pour mission de produire le mieux? Nous pensons que non, ils ont plutôt pour vocation de mettre en mouvement, de tendre l'action et l'acteur vers le futur, vers une intention, le mouvement étant en lui-même praxis, apprentissage.

Conclusion

L'essentiel des travaux sur l'innovation porte sur ses effets, sur la mesure d'écart entre le projeté et le réalisé, écart dont on infère le plus souvent l'échec, et presque toujours la déception au regard de la proposition d'amélioration. Ces écrits classiques cherchent à identifier les bons attributs d'une innovation performante, puis ceux de ses usagers idéaux, en postulant que le bon arrangement d'attributs entre le système d'offre et le système d'usage engagera magiquement les effets attendus. S'il va sans dire qu'il importe de documenter les effets, et que les attributs des deux systèmes comptent pour

.....

45. Jean Nicolas et Yves Langhame, *Gérer la recherche et l'innovation*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2009.

46. J.-P. Boutinet, *op. cit.*

47. *Ibid.*, p. 12.

beaucoup, il importe tout autant de documenter le mouvement, le processus diront Greenhalgh et ses collaborateurs⁴⁸, la traduction dira un courant important de la sociologie des innovations⁴⁹, de sorte de mieux comprendre ce qui se cache derrière le visage de l'impossibilité, et ce qui s'y effectue malgré, à l'encontre, voire grâce à la déception.

L'innovation impossible cache donc un savoir souvent impensé, celui qui sous-tend l'insuccès et la déception si apparents. La sociologie est pour nous la discipline du mouvement, de l'action située, car historique et sociale à la fois, autant attentive au singulier qu'au général⁵⁰, cherchant dans son espace disciplinaire à débattre de l'articulation des forces de résistances, de forces reproductrices et des forces de changement, parfois productrices. Par-delà l'important moment de la traduction, qui fut très pertinemment travaillé, la sociologie peut investir l'espace de cet impensé profond, celui de l'apparent échec. Serait-il excessif de soutenir que la sociologie est la science de l'impossible, au sens précis que nous utilisons ici ? Peut-être, mais nous sommes plus confiant d'affirmer qu'elle est l'une des rares disciplines pouvant relever le défi de l'impensé. Pour cela, il importe de ne pas laisser le champ empirique de l'innovation aux seuls mesureurs d'écart entre l'attendu et le réalisé, ni ne se limiter qu'à la démonstration des vecteurs de sa traduction. L'étude des effets, tout comme la documentation de ce qui change, et de comment cela change, malgré les constats récurrents d'échecs et de déceptions, offre un important programme de recherche à la sociologie.

.....
48. T. Greenhalgh, G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate et O. Kyriakidou, *op. cit.*

49. Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour, *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*, Paris, Presses de l'École des mines, 2006.

50. J. Hamel, *op. cit.*