Document generated on 10/12/2024 1:12 a.m.

Santé mentale au Québec

Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement

Marie-Josée Fleury and Youcef Ouadahi

Volume 27, Number 2, Fall 2002

Les réseaux intégrés de services

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014555ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014555ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Fleury, M.-J. & Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, *27*(2), 16–36. https://doi.org/10.7202/014555ar

Article abstract

Network of integrated services : regulation and driving force of implementation of change

Networks of integrated services are often presented as a major path of solution to increase efficiency, relevance and coherence of health systems especially in the current context of increasing demand and budgetary restraint. In the mental health field, integation also attempts to answer the numerous needs of a targeted population and more specifically, people with serious mental disorders. This article describes the markers of the concept of network of integrated services in mental health, the major strategies favoring development and models of regulation allowing their elaboration. The article discusses difficulties and stakes of this mode of organization and more particularly the challenges linked to implementation of change and transformation of systems.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2002

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/

érudit

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/

 Santé mentale au Québec, 2002, XXVII, 2, 16-36

Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement

Marie-Josée Fleury*
Youcef Ouadahi**

Les réseaux intégrés de services sont présentés comme l'une des principales voies de solutions pour accroître l'efficience, la pertinence et la cohérence du système de santé dans le contexte actuel d'augmentation de la demande et de contraintes budgétaires. Dans le domaine de la santé mentale, l'intégration s'inscrit aussi dans une tentative de répondre aux besoins multiples de la population cible, plus spécifiquement les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Cet article décrit les balises du concept de réseau intégré de services en santé mentale, les principales stratégies qui en favorisent le développement et les modèles de régulation qui permettent leur élaboration. L'article aborde aussi les difficultés et les enjeux de ce mode d'organisation et plus particulièrement les défis liés à l'implantation de changement et de transformation des systèmes.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000) soulignait en l'an 2000, l'impact croissant des systèmes sociosanitaires sur la santé de la population. Conjointement au rôle pivot de ces systèmes, le contexte socio-économique et culturel détient aussi une fonction déterminante sur l'état de santé des populations. Les contraintes budgétaires actuelles et l'accroissement de la demande contraignent les États à réguler l'organisation des services afin d'améliorer la pertinence et l'efficience du système sociosanitaire et la réponse aux besoins des populations. C'est dans ce contexte et en continuité avec les expériences de restructuration

* Ph.D., professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

** MBA, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Remerciements

Les auteurs remercient le programme conjoint de subvention de recherche en santé mentale FRSQ-CQRS-MSSS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour leur soutien financier ainsi que les responsables du programme de santé mentale des régies régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur collaboration. Nous aimerions également signaler la précieuse contribution de Céline Mercier, impliquée à titre de co-chercheure et de Magali Marc pour le soutien à la réalisation de cet article.

des années antérieures que l'importance d'organiser les services de santé en réseaux intégrés a émergé. Ce mode d'organisation des services est présenté comme une solution incontournable à la réforme des systèmes de santé (Randolph, 1997 ; Leutz, 1999 ; MSSS, 2000 ; Lamarche, 2001), et plus particulièrement en ce qui a trait aux services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux graves qui requièrent une diversité de soins et de services.

L'intégration des services en santé mentale prend essentiellement forme sur le plan local, en arrimage avec des corridors de services spécialisés pouvant être dispensés à un niveau davantage sous-régional, régional ou provincial. Les services offerts sur le plan local correspondent aux services de proximité ; les services spécialisés relèvent majoritairement d'autres niveaux d'organisation du système alors que les services dispensés par l'intersectoriel, le sont à l'un ou à l'autre de ces paliers (Tableau 1).

Un système intégré implique donc une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, dispensés majoritairement dans la communauté par un ensemble de prestataires (institutionnel, communautaire/alternatif et intersectoriel) coordonnant leurs services. Cette intégration se structure en fonction du principe de « l'appropriation du pouvoir » de la clientèle. Les objectifs poursuivis sont de mieux répondre aux besoins de la clientèle, d'améliorer l'imputabilité, l'efficience et la pertinence du système et les résultats relatifs à la santé et au bien-être des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.

L'intégration des services en réseau conduit ainsi à une rationalisation de l'offre des services distribués dans un territoire et à une importante coordination des activités des organisations et des acteurs d'un secteur et d'un espace distinct (Callon, 1989 ; Knights et al., 1993). La rationalisation de l'offre implique une réflexion sur l'éventail des services disponibles (diversité) et leur accessibilité, entraînant ainsi une certaine décentralisation et une hiérarchisation. Les réseaux intégrés de services se fondent sur la reconnaissance d'une interdépendance forte des acteurs et des organisations d'un domaine d'intervention. Ils constituent une alternative aux modes traditionnels de gestion des systèmes que sont la bureaucratie (par exemple, l'asile est une structure offrant l'ensemble des services pour une clientèle) et le marché (compétition libre entre les organisations). Par rapport à ce premier modèle, la structuration en réseau devrait permettre une meilleure diversification et créativité de l'offre des services dans la mesure où le système favorise toujours une certaine compétition entre les acteurs. Les organisations

Tableau 1
Services en santé mentale

Services de base

- mesures de soutien communautaire (personne pivot, gestionnaires de cas, suivi dans le milieu, etc.);
- services médicaux (omnipraticiens en cabinets privés, groupes de médecine de famille, cliniques externes, etc.);
- services d'entraide;
- services de soutien pour les parents et les proches;
- services de réadaptation (centres de jour, ateliers, etc.);
- services professionnels, (psychologues, cliniques externes etc.);
- services courants de santé.

Services spécialisés

- urgence hospitalière;
- services médicaux en milieu hospitalier (cliniques externes…);
- hospitalisation;
- hébergement spécialisé et / ou de longue durée;
- services médico-légaux;
- services offerts dans les hôpitaux de jour;
- traitements psychiatriques spécialisées (cliniques spécialisées…).

Intersectoriel

- hébergement (ressources de type familiale, ressources intermédiaires, appartements supervisés, etc.);
- logement social (offices municipaux d'habitation, coopératives, organismes à but non lucratif, etc.);
- travail (centres locaux d'emploi, services d'Emploi Québec, services externes de main-d'œuvre, l'Office des personnes handicapées du Québec, etc.);
- formation (éducation aux adultes, CÉGEPS, etc.);
- transport (municipal, scolaire et adapté);
- loisirs (municipaux, communautaires, etc.);
- besoins de subsistance (banques alimentaires, comptoirs vestimentaires, etc.);
- aides domestiques (coopératives de service, etc.);
- réadaptation en collaboration avec les services correctionnels (justice et sécurité publique).

*Adapté du document : Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale, MSSS, avril 2002.

conservent leur entité corporative propre (culture organisationnelle, diversification des pratiques d'intervention — intégration virtuelle). Contrairement au modèle de régulation par le marché (le système de santé américain), la structuration en réseau encourage une meilleure efficience du système, étant donné les effets de la diminution de la fragmentation (fluidité des échanges et circulation des informations) et du dédoublement des services ou des structures administratives (fusion et regroupement).

En théorie, la rationalisation des services, la complémentarité des fonctions et l'arrimage entre les différents dispensateurs devraient générer des économies. Les réseaux intégrés de services devraient aussi rendre les organisations plus aptes à résoudre les problèmes complexes, plus difficiles à gérer par une seule organisation. Bien que les recherches n'ont pas démontré de résultats concluants en raison principalement de la complexité d'implantation d'un tel modèle, les réseaux intégrés sont supposés améliorer l'efficience des organisations et la qualité des services (continuité, accessibilité et globalité) et la réponse aux besoins de la clientèle (Conrad, 1993 ; Gillies et al., 1993 ; Bolland et Wilson, 1994 ; Morrissey et al., 1997 ; Mur-Veeman et al., 1999 ; MSSS, 2002).

La mise en œuvre des réseaux intégrés mène donc à une restructuration importante de l'organisation des services. À partir d'une revue de littérature et de résultats préliminaires d'une recherche en cours, nous proposons une réflexion sur les modalités de structuration des réseaux intégrés et de leur implantation. Cette recherche vise à faire un bilan de l'état de la mise en œuvre des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec. Des portraits de l'organisation de l'offre des services de santé mentale sont en élaboration dans l'ensemble des régions sociosanitaires ; ces portraits sont validés par les responsables du programme de santé mentale des régies régionales de la santé et des services sociaux. Des entrevues sont aussi réalisées afin de mieux comprendre les mécanismes déployés dans les régions pour réguler les services de santé mentale, et surtout pour intégrer l'action des organisations et des acteurs (gestionnaires et intervenants). Dans un deuxième temps, la recherche devrait permettre une étude plus approfondie d'un certain nombre de réseaux intégrés de services.

À partir d'expériences de certaines régions, un inventaire des stratégies d'intégration des services est présenté. Les stratégies d'intégration sont définies comme étant des dispositifs de régulation élaborés afin d'agir sur la cohérence, l'efficience et la coordination des activités d'un système au niveau fonctionnel ou administratif (allocation des

ressources, systèmes d'information, de gouverne et de gestion et modalités de regroupement des établissements), au niveau clinique (pratiques d'intervention et procédures permettant la coordination des services) ou au niveau professionnel (division des tâches, formation, modes de rémunération et soutien clinique) (Hoge et al., 1994 ; Bachrach, 1996 ; Mechanic et al., 1995 ; Randolph et al., 1997 ; Hoge et Howenstine, 1997). Quatre modèles types de réseaux de services des systèmes de santé sont ensuite présentés. Cette modélisation de réseaux n'est pas exhaustive ; elle ne vise qu'à illustrer les contours que peut prendre un tel modèle d'organisation. En conclusion, nous discutons brièvement des moteurs d'implantation de la transformation des systèmes.

Stratégies d'intégration des services en réseau

L'organisation en réseaux intégrés de services s'appuie sur le développement de stratégies d'intégration (Tableau 2) en vue d'amener les organisations et les acteurs d'un système à répondre à des objectifs communs (Dill, 1989 ; Park, 1996). La structuration en réseau s'apparente à la gestion matricielle.

En raison de la complexité des tâches à accomplir, des dispositifs de gouverne et de coordination devraient être implantés entre des unités fonctionnelles distinctes qui travailleront à la réalisation de tâches ou à la résolution de problèmes fréquents au niveau organisationnel ou d'un système (Davis et Lawrence, 1977). L'organisation en réseaux mène inévitablement à une révision des modes de régulation du système de santé (par exemple, budgétisation des organisations, rémunération des médecins) davantage établis sur un fonctionnement en silo d'organisations et d'entités corporatives (MSSS, 2002). Elle pousse à une formalisation des échanges entre les organisations vers un système virtuel cohérent. Il s'agit d'inciter les acteurs à interagir autrement que sur une forme ad hoc de relations interorganisationnelles souvent associées à la bonne volonté des professionnels. D'ailleurs, la formalisation des échanges par le biais de structures (table de concertation, programme conjoint) ou de processus appropriés (intervenant de liaison, protocoles d'entente) est considérée comme une condition gagnante de l'organisation des services en réseau. La formalisation permet la pérennité et la systématisation des relations et une rationalisation des rôles et fonctions.

Les stratégies d'intégration fonctionnelle ou administrative et professionnelle réfèrent essentiellement à des tactiques d'intégration effectuées au niveau de la structuration globale d'un réseau de services (niveau systémique). Ces stratégies agissent comme soutien à l'intégration clinique qui est considérée au cœur du processus (Gillies et al.,

Tableau 2

Stratégies d'intégration des services en réseau

Intégration fonctionnelle ou administrative

- **Systèmes de gouverne, de gestion et d'allocation de ressources :**
  - autorité centrale (RRSSS, etc.) / maîtres d'œuvre (ou entités désignées) ;
  - structures de concertation (niveaux régional, sous-régional, local ; secteurs d'activités ; stratégique, tactique, opérationnel) ;
  - systèmes d'information ;
  - budgétisation globale, système de dotation, de capitation…
- **Planifications et ententes de coordination :**
  - PROS, plans de consolidation, plans locaux, entre organisations…
- **Fusions, regroupements et occupations partagées de locaux :**
  - niveau horizontal, vertical ; par territoire ; organisations ou conseils d'administration.

Intégration clinique

- **Gestion de cas :**
  - gestionnaires de cas ;
  - suivi intensif, non intensif dans le milieu (en équipe, individuel…) ;
  - équipes MRC ;
  - intervenants pivot, de liaison.
- **Programmes conjoints/ contrats de services / références :**
  - entre organisations ;
  - entre professionnels.
- **Ententes de services :**
  - plans de services individualisés (PSI) ;
  - plans d'intervention ;
  - protocoles d'entente.
- **Protocoles de traitement et de suivi ;**
- **Guichet unique.**

Régulations professionnelles Intégration des médecins

- Formation : approche multidisciplinaire,interorganisationnelle ;
- Soins partagés ;
- Consultation - liaison ; centres ou groupes d'expertise ;
- Supervision clinique ;
- Modes de rémunération, incitatifs financiers ;
- Normes et relations de travail.

1993). L'intégration clinique s'effectue essentiellement sur le plan organisationnel et mobilise les acteurs des niveaux intermédiaires et opérationnels de l'organisation des services (coordinateurs et intervenants). Elle vise une meilleure coordination entre les intervenants de différentes organisations (maître d'œuvre, gestionnaire de cas) et cible directement la clientèle par l'entremise d'un dispositif adapté pour le suivi continu de la clientèle dans la communauté (programme PACT et plan d'intervention).

Au niveau de l'intégration fonctionnelle, la gouverne joue un rôle central. Elle définit les véhicules de la prise de décision et de l'autorité et la structuration d'ensemble du réseau (Savage, 1996). La littérature scientifique identifie deux principales formes de structuration de la gouverne en réseau soit bilatérale et trilatérale (Whetten, 1981 ; Park, 1996). La première correspond à une organisation ou à un acteur rattaché à un réseau qui prend la responsabilité de sa gestion (par exemple, un hôpital ou un coordonnateur d'une équipe MRC de santé mentale. La seconde consiste en une instance ou un individu externe aux organisations du réseau qui occupera cette fonction (par exemple, la régie régionale). La gouverne peut aussi être plus ou moins démocratique, c'est-à-dire basée sur la participation des acteurs du réseau (appuyés ou non de tables de concertation). Les régions ont adopté des modèles hybrides et démocratiques de gouverne. Les régies régionales (gouverne trilatérale) ont été appuyées par plusieurs structures d'actions. Au niveau local, ces dernières agissent en tant qu'entité désignée (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1998) de l'organisation des services (équipe de santé mentale par MRC, CLSC, hôpital, coordonnateur des services de santé mentale). Au niveau régional, plusieurs instances ont aussi été introduites par les régies régionales afin de soutenir la prise de décision spécifique du programme de santé mentale : comités tripartites, tables par problématiques (crise, logement) et acteurs (psychiatres, coordonnateurs des réseaux de santé mentale), etc. Certaines régions ont aussi mis en place des structures au niveau sous-régional.

Sur le plan régional, la prise de décision est plus souvent qu'autrement structurée autour d'objectifs stratégiques (grandes orientations) ; au niveau local, en fonction d'objectifs opérationnels (fonctionnement clinique). Comme soutien aux structures de gouverne, les exercices de planification sont couramment utilisés. Mis à part les plans de consolidation élaborés par l'ensemble des régies régionales qui établissent les grandes orientations régionales des programmes de santé (santé mentale, déficience intellectuelle, santé physique), plusieurs

formes de planifications locales en santé mentale ou par secteurs (crise, suicide) sont employées. Ces dernières visent une rationalisation des rôles des organisations et des acteurs locaux et l'arrimage de leurs fonctions. Elles assument aussi des fonctions d'information, de communication, de direction et de contrôle des orientations du système (Langley, 1988 ; Mintzberg, 1994 ; Hill, 2000 ; Fleury et al., 2002a).

La stratégie d'intégration privilégiée au cours des dernières années vise la diminution du nombre d'établissements publics et le regroupement des missions des organisations (MSSS, 2001a ; Demers et al., 2002, dans ce numéro). L'impact des regroupements d'établissements dans leurs différentes formes [1] est cependant controversé et difficile à cerner, puisque peu d'études ont porté sur le sujet au Canada (Turgeon et Sabourin, 1996 ; Brousselle et al., 1999). Dans le réseau de la santé mentale, il semblerait que cette stratégie a permis une rationalisation des ressources et facilité une réallocation en faveur de services dispensés dans la communauté tout en encourageant une certaine osmose des cultures organisationnelles.

Plusieurs stratégies d'intégration clinique en santé mentale ont été répertoriées à partir de la littérature scientifique et l'expérimentation des régions qui diffèrent sensiblement selon l'intensité des relations établies entre les organisations, les intervenants et le suivi de la clientèle. D'abord, la standardisation des procédures (formulaires de référence et d'admission, protocoles de traitement et de suivi de la clientèle) peut être interprétée comme une première forme d'intégration clinique des services (Glouberman, 2001). Elle vise une rationalisation des fonctions, des rôles et des pratiques entre acteurs et organisations d'un système. Le suivi dans la communauté constitue la stratégie d'intégration privilégiée dans le secteur de la santé mentale depuis ces dernières années. Plusieurs formules de suivi ont été expérimentées : gestion de cas [2], suivi intensif, non intensif, mixte, dont la dispensation des services est de type individuel ou en équipe formée d'intervenants d'une seule organisation (surtout des centres hospitaliers, mais aussi des CLSC et des organismes communautaires) ou de plusieurs d'un même territoire de MRC. Les équipes constituées d'intervenants de plus d'une organisation prennent diverses formes et jouent différents rôles. À titre d'exemple, une équipe de suivi dans la communauté peut être formée d'intervenants d'un centre hospitalier, d'un CLSC et de groupes communautaires, incluant ou non des professionnels de l'intersectoriel — municipalité, éducation, justice (Parenteau, 2002, dans ce numéro). Elle peut regrouper des intervenants d'un CLSC et d'un centre hospitalier ; les premiers s'occupant de la clientèle stabilisée ; et les deuxièmes, des

cas graves et en situation de crise. La responsabilité clinique peut relever soit d'une seule entité organisationnelle ou être partagée selon les missions et spécialisations de chacun (services spécialisés : centres hospitaliers ; services de base : CLSC).

Différentes stratégies favorisant la consultation-liaison d'expertise, la supervision ou la coordination clinique peuvent aussi être mises en place. Au niveau structurel, on peut retrouver, soit des centres d'évaluation de la clientèle permettant de référer les patients vers les ressources les plus adéquates, soit des centres d'expertise mandatés pour le soutien clinique aux intervenants. Dans les centres hospitaliers, des intervenants sont aussi identifiés au processus de référence post-hospitalier (intervenants de liaison). À cet effet, les protocoles d'entente faciliteraient les échanges entre organisations ou le transfert des patients d'une ressource à une autre surtout quand ils viennent formaliser une pratique déjà ancrée dans les mœurs (CLSC-CH ; psychiatrie justice). Des intervenants peuvent aussi être répertoriés comme experts et mandatés par leurs organisations respectives afin d'appuyer les membres d'un réseau selon les besoins. Une fonction spécifique de coordonateur clinique d'un réseau, responsable de regrouper les intervenants autour de discussion de cas concernant la clientèle, est aussi recensée. Des psychiatres sont spécifiquement mobilisés pour le soutien clinique des omnipraticiens ou d'équipes interdisciplinaires en santé mentale. Ils peuvent soit intervenir d'une façon régulière au sein d'une équipe, donner de la formation d'une façon ponctuelle ou interagir avec les omnipraticiens par le biais de l'implantation de pratiques de soins partagés (Kates, 2002, dans ce numéro). La formation, de plus en plus interorganisationnelle et interdisciplinaire, encouragerait particulièrement les échanges, la communication et le soutien entre les intervenants.

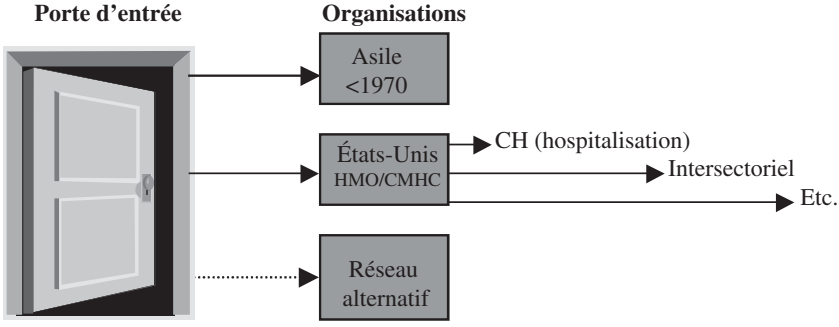
Les plans d'intervention, les programmes conjoints, les contrats de services (entre les hôpitaux et les ressources intermédiaires), les références et les systèmes d'information cliniques (Lemay, 2001) constituent aussi d'autres stratégies d'intégration clinique des services (Provan et Milward, 1995). Les plans d'intervention servent à préciser et à coordonner les soins et les activités de réadaptation et de soutien destinés à un patient. Ils sont élaborés par un intervenant pivot, souvent en concertation avec les autres ressources du milieu. La participation de la personne est considérée comme un facteur de succès du plan d'intervention. Les programmes conjoints consistent à mettre en place des services distribués par plus d'une organisation. Ils peuvent impliquer une distribution complémentaire de services (de jour, de nuit) ou en association entre plusieurs organisations (deux établissements offrent con-

jointement les services). Cette association peut être complète ou relative à une certaine dispensation de services (intervenants de l'hôpital attachés aux équipes de santé mentale en CLSC n'agissant que pour les cas complexes). On augmente ainsi la couverture des services sans ajouter de nouvelles structures organisationnelles puisque des missions supplémentaires s'ajoutent aux fonctions des organisations déjà présentes dans les réseaux. Les autres stratégies d'intégration sont constituées de mécanismes de coordination peu formalisés (les références) ou demeurent encore peu utilisées dans le secteur de la santé mentale au Québec.

Modélisation de réseaux de services

À partir d'une recension des écrits, Alter (1990) identifie trois modèles d'intégration des services. Le premier s'apparente à un système hiérarchique au sein duquel les personnes utilisent de façon séquentielle, les services offerts par les organisations. Dans un tel système, les organisations ont des fonctions distinctes qui se complètent sur un continuum de soins et d'activités de réadaptation et de soutien. Une fois les services obtenus, la personne est ensuite référée à une autre ressource pour une offre ultérieure de services (par exemple, hospitalisation par l'hôpital ; suivi post-hospitalisation par le CLSC). Ce modèle s'approche de celui du guichet unique (Figure 1) où une seule porte d'entrée permet l'obtention des services désirés (dans ce cas, l'hôpital).

Figure 1
Modèle de guichet unique de services

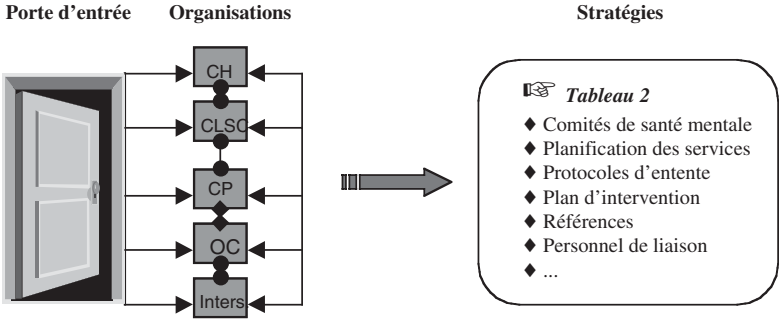


Dans sa forme simplifiée, il renvoie à l'organisation des services autour d'un seul distributeur de services. L'asile psychiatrique, quasi le seul dispensateur de services avant le tournant des années 1960-1970, est le meilleur exemple de ce modèle. Dans une structuration plus com-

plexe, ce distributeur central s'adjoint à un ensemble d'autres dispensateurs de services afin de répondre à l'ensemble des besoins d'une clientèle. Les modèles des « *health maintenance organizations (HMO)* » et des « *community mental health centers* » aux États-Unis s'apparentent à cette forme plus complexe de guichet unique, et réfèrent à une structure d'intégration verticale des services.

Les deux autres modèles recensés par Alter (1990) font davantage référence à des systèmes complexes ; ils sont plus représentatifs ou exportables par rapport au contexte actuel d'organisation du système québécois. Le premier représente le modèle traditionnel de dispensation de services (Figure 2).

Figure 2
Modèle traditionnel de dispensation de services



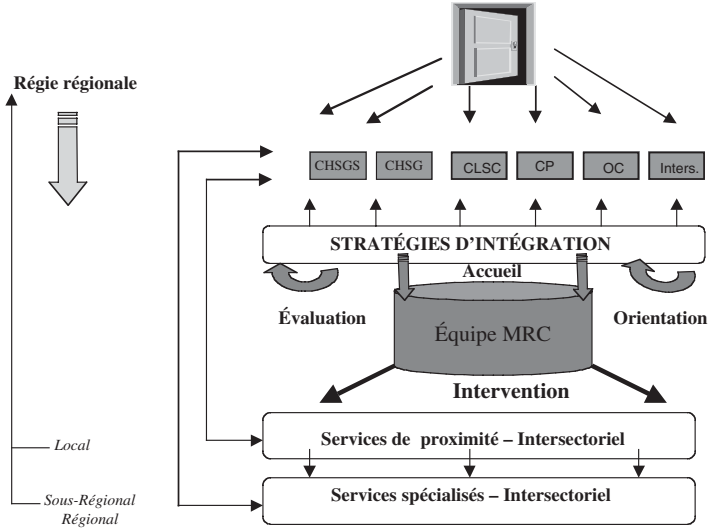
Index : CH : centre hospitalier, CLSC : centre local de services communautaires, CP : clinique privée, OC : organisme communautaire, Inters. : intersectoriel (travail, logement, justice…)

Dans ce mode d'organisation, le client circule entre les organisations et les services d'une façon séquentielle et parallèle. Il peut ainsi recevoir des services de plusieurs distributeurs dans une même période de soins. Afin de rationaliser l'offre des services, des stratégies d'intégration sont développées (Tableau 2), mais l'intégration entre les éléments du système demeure peu développée et plus informelle et laissée à la bonne volonté des professionnels de la santé. Ce modèle qui prévaut dans l'organisation actuelle des services de santé est depuis plusieurs années fortement remis en question. On lui reproche d'entraîner une fragmentation et une duplication des soins et services, des chevauchements thérapeutiques et des délais dans la prestation des soins (Provan et Milward, 1995 ; Leatt et al., 2000). Dans ce modèle, la personne a intérêt à bien connaître le réseau afin de s'y retrouver et de jouer

un rôle clé dans la coordination de ses besoins de services. Poirier et al. (2001) mettent en relief le fait que la « présence de deux réseaux parallèles est peu propice à la satisfaction des besoins de la clientèle puisque l'accès à l'éventail complet de services s'en retrouve restreint ».

Le dernier modèle recensé par Alter (1990) correspond à une équipe interorganisationnelle. Le modèle de dispensation des services par MRC (Figure 3) représente un tel type de structuration inspiré de l'organisation des services de certaines régions du Québec.

Figures 3
Modèle de dispensation de services par MRC



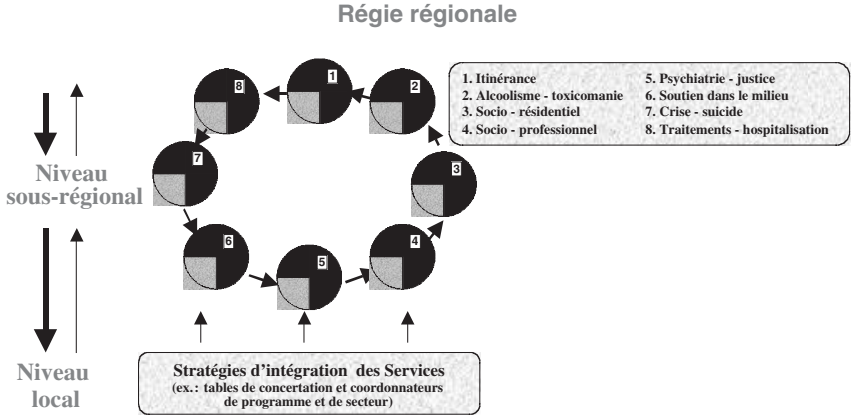
Index: CHSG: centre hospitalier de soins généraux, CHSGS: centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; CLSC: centre local de services communautaires; CP: cliniques privées, OC: organismes communautaires, Inters.: intersectoriel (travail, logement, justice…

Ce modèle nous semble particulièrement intéressant du point de vue de son potentiel en termes d'efficience du système et de sa capacité à répondre aux besoins de la clientèle. Il soutient l'implantation d'une forte structuration virtuelle de l'organisation des activités d'un réseau. Dans ce modèle, les organisations conservent leur autonomie et leurs missions respectives (par exemple, hospitalisation: CH, entraide: ressources alternatives, groupe de proches). Une certaine délégation de la prise en charge de la clientèle avec troubles mentaux graves en regard des services de proximité (Tableau 1) est néanmoins transférée à l'équipe MRC qui rassemble les intervenants interagissant à ce niveau.

L'équipe MRC agit comme instance de concertation pour arrimer les services à donner à cette clientèle. Elle intervient particulièrement sur le plan clinique par l'élaboration de plans d'intervention et de discussions de cas. Elle facilite le processus de liaison avec l'ensemble des organisations et services du réseau, soit sur le plan local (services de proximité et de l'intersectoriel), soit sur les plans sous-régional et régional (services spécialisés et de l'intersectoriel). À cet égard, différentes stratégies d'intégration des services sont développées (par exemple, protocole d'entente pour faciliter l'évaluation de la clientèle à l'urgence, suivi intensif dans le milieu). Ces stratégies sont initiées sur le plan local par l'équipe MRC et les autres instances de gouverne des niveaux sous-régional et régional (comités sous-régionaux, Régie régionale) (Parenteau, 2002, dans ce numéro).

Pour les réseaux de santé particulièrement riches en ressources, un autre modèle peut aussi être identifié. Il présente une configuration matricielle en sous-secteurs d'activités et en territoires sociosanitaires (Figure 4). Ce mode organisationnel est présent à l'état embryonnaire dans certaines régions sociosanitaires.

Figure 4
Modèle de dispensation de services par sous-réseaux



D'une part, l'organisation des services de santé mentale est divisée en un certain nombre de secteurs (crise-suicide, alcoolisme-toxicomanie, itinérance, activités socio-professionnelles, services de soutien dans le milieu, hospitalisation-traitement). D'autre part, les services

sont aussi regroupés en réseau local, (sous-régional) et régional. L'organisation des services est coordonnée par le biais d'un ensemble de stratégies d'intégration, et particulièrement par l'intermédiaire de structures de concertation et de coordination-pivots établies par secteurs et territoires. Pour l'instant, il est difficile de répondre de la fonctionnalité exacte de ce modèle et de son potentiel en matière d'efficience du système et de réponse aux besoins de la clientèle. Cet exercice permet néanmoins d'expérimenter la mise en réseau d'une façon progressive ; il agit comme catalyseur au mouvement de réforme dans des systèmes particulièrement complexes tels les régions métropolitaines. Ce modèle est donc présenté essentiellement pour illustrer d'autres voies possibles de modélisation et de régulation d'un système.

Des quatre modèles organisationnels développés, seul le modèle de dispensation de services par MRC est articulé en fonction d'une canalisation plus intensive des trajectoires de soins. En effet, bien qu'il existe toujours dans ce modèle une pluralité de portes d'entrée pour la clientèle (hôpital, CLSC, ressources alternatives), il permet une meilleure rationalisation du cheminement thérapeutique de la personne aux prises avec des troubles mentaux graves. Ainsi, dès qu'une personne se présente à l'une ou à l'autre des organisations dispensatrices de services du réseau et nécessite plus d'un service à la fois des diverses ressources, elle est référée à l'équipe MRC. Cette équipe s'occupe de mettre en place un plan d'intervention afin de répondre à l'ensemble de ses besoins. Par ailleurs, les discussions animées des équipes MRC semblent faciliter la compréhension des besoins des personnes et l'adaptation des services selon ces besoins. Les modèles « traditionnels de distribution de services » et « de dispensation de services par sous-réseau » ont une influence indirecte ou plus diffuse sur le cheminement de la clientèle, puisque les organisations formant les réseaux fonctionnent toujours majoritairement en silo autour de stratégies d'intégration développées de façon plus ou moins cohérente. Enfin, le modèle de guichet unique représente pour la personne, l'itinéraire le moins diffus du réseau (le moins compliqué), mais aussi le moins diversifié en termes de pratiques d'intervention et de services disponibles.

Conclusion et discussion

L'organisation des services en réseau intégré amène donc à une restructuration importante du système de santé. Elle conduit les organisations et les acteurs à rationaliser et coordonner leurs rôles et fonctions afin d'implanter une gestion plus efficiente, pertinente et cohérente. Les

modifications et les incitatifs prennent forme sur les plans clinique, fonctionnel/administratif et professionnel. Ces réformes impliquent l'ensemble des acteurs du système : organisations, professionnels, personnes utilisatrices et leurs proches et divers paliers de régulation provinciale, régionale et locale. L'importance des changements à introduire et le nombre d'acteurs à mobiliser soulèvent non seulement plusieurs difficultés mais aussi des enjeux de taille. Nous avons présenté différentes stratégies qui facilitent l'intégration des services en réseau (suivi dans la communauté, plans d'intervention, structures de concertation) et diverses modélisations de réseaux afin d'illustrer comment ce mode d'organisation peut être structuré.

L'une des difficultés centrales d'implantation des réseaux intégrés de services réside dans la coordination des changements et des mécanismes de transition. Le mouvement de réforme amène aussi une porosité des structures et des frontières organisationnelles, ce qui soulève des controverses. Bien qu'ils doivent répondre aux intérêts publics et populationnels, les organisations et les corps professionnels défendent aussi leurs propres intérêts corporatifs. L'une des missions centrales d'une organisation et d'un corps professionnel est de croître et d'augmenter sa marge de pouvoir et de profits. L'un des enjeux est donc de préserver la diversité des services offerts par le réseau (gamme de services et pratiques d'intervention), tout en accroissant sa capacité de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ce défi est présent à des degrés divers, pour l'ensemble des organisations et acteurs du système de santé : CLSC, hôpitaux, ressources communautaires et alternatives, médecins, etc.[3]. Il s'agit d'implanter des stratégies (mécanismes ou incitatifs formels), structures et processus encourageant la mise en réseau des services, sans accroître la rigidité du système et sans trop diminuer le temps alloué à la dispensation directe de services.

La littérature suggère des repères intéressants pour contrer ces difficultés. On souligne entre autres, la collaboration interorganisationnelle et la mise en œuvre de changements et plus spécifiquement, la clarté des objectifs poursuivis, un soutien adéquat aux processus de réforme par des acteurs compétents et convaincus, des stratégies ou mécanismes permettant d'appuyer l'opérationnalisation de la réforme, la reconnaissance d'une interdépendance des partenaires en termes de légitimité et d'expertise, l'identification de problèmes communs et compatibles, etc. (Gray, 1985) ; Palumbo et Calista, 1990 ; Pettigrew, 1992 ; Fleury et al., 2002a). L'appropriation des acteurs (notamment des médecins) dans la mise en œuvre d'une réforme à différents niveaux d'intervention (prise de décision centrale, intermédiaire et au niveau des

interventions cliniques et opérationnelles) de même que le leadership des acteurs dans ce processus sont aussi mentionnés comme étant d'autres exemples de conditions de succès de l'implantation d'une réforme (Callon, 1989 ; Van Raak et al., 1999).

Enfin, certains estiment que la transformation actuelle du système de santé est inscrite dans une logique technocratique (top-down). Toutefois, le processus de réforme s'inspire aussi d'une logique démocratique (bottom-up) (Matland, 1995). Le mouvement de restructuration du système vise en effet à davantage rationaliser et coordonner les activités sociosanitaires ainsi qu'à améliorer le suivi de la clientèle par le développement de stratégies appropriées et de « bonnes pratiques d'intervention » (best practices). La réforme est encadrée par des balises établies au niveau central (MSSS, 1998, 2001b, 2001c, 2002). Néanmoins, on assiste à l'émergence de modèles et de stratégies élaborés par la base, c'est-à-dire développés par les communautés locales qui alimentent la prise de décision et l'articulation des réseaux locaux. À notre avis, cette dynamique est propice à la rencontre des objectifs de résultats ciblés par la mise en réseaux de services intégrés et à l'implantation de changement.

Notes

1. Comme formes de structuration de regroupements d'établissements on peut notamment retrouver : la fusion de conseils d'administration d'établissements, la fusion de deux institutions, l'intégration d'une organisation à une autre ; l'intégration entre établissements peut aussi être de type horizontal (entre le même type de structure : par exemple, deux centres hospitaliers de soins généraux ou deux CLSC) ou vertical (entre établissements à vocations différentes : par exemple, entre les conseils d'administration d'un centre hospitalier de soins généraux et d'un CLSC). Pour les organismes communautaires, il peut s'agir de se regrouper dans un même établissement et de partager les frais administratifs et de logistiques. Cela peut aussi faire référence aux regroupements d'organismes ou à l'ajout de nouvelles missions.

2. D'après nos résultats préliminaires, le modèle de gestionnaire de cas n'a pas beaucoup été expérimenté en santé mentale, notamment en raison des avantages comparatifs rapportés d'autres modèles, spécifiquement du suivi intensif dans la communauté (notamment du PACT : Latimer et al. (2001). L'article de Tourigny et collaborateurs présente un tel type de modèle de suivi pour la clientèle des personnes âgées.

3. En guise d'illustration, pour les ressources alternatives, il s'agit de ne pas perdre leur spécificité quant à leurs pratiques d'intervention ; pour les

hôpitaux, la mise en réseau implique notamment une révision et un recadrage de leur rôle au niveau des services spécialisés.

Références

ALTER, C., 1990, An exploratory study of conflict and coordination interorganizational service delivery systems, *Academy of Management Review*, 33, 3, 478-502.

BACHRACH, L. L., 1996, Managed care : 1. Delimiting the concept, *Psychiatric Services*, 46, 12, 1229-1230.

BOLLAND, J. M., WILSON, J. V., 1994, Three faces of integrative coordination : A model of interorganizational relations in community-based health and human services, *Health Services Research*, 29, 3, 341-366.

BROUSSELLE, A., DENIS, J. L., LANGLEY, A., 1999, *Que savons -nous des fusions d'hôpitaux*, Rapport de recherche, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.

CALLON, M., 1989, *La protohistoire d'un laboratoire, La science et ses réseaux*, Paris, La découverte, 66-116.

CONRAD, D. A., 1993, Coordinating patient care services in regional health systems : The challenge of clinical integration, *Hospital and Health Administration*, 38, 4, 491-508.

DAVIS, S., 1977, *Matrix*, Addison-Wesley.

FLEURY, M. J., DENIS, J. L., SICOTTE, C., 2000a, The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system, *Health Services Management Research*, 1-19.

FLEURY, M. J., MERCIER, C., DENIS, J-L., 2002b, Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network, *The International Journal of Health Planning and Management*, 17, 4, 55-73.

FLEURY, M. J., MERCIER, C., 2002, Integrated local networks as a model for organizing mental health services, *Administration and Policy in Mental Health*, 30, 1.

GILLIES, R. R., SHORTELL, S. M., 1993, Conceptualizing and measuring integration : Findings from the health systems integration study, *Hospital and Health Services Administration*, 38, 4, 467- 488.

GRAY, B., 1985, Conditions facilitating interorganizational collaboration, *Human Relations*, 3, 10, 911-936.

HILL, P. S., 2000, Planning and change : A Cambodian public health case study, *Social Science and Medicine*, 51, 1711-1722.

HOGE, M. A., DAVIDSON, L., 1994, Defining managed care in public-sector psychiatry, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 11, 1085-1089.

HOGE, M. A., HOWENSTINE, R. A., 1997, Organizational development strategies for integrating mental health services, *Community Mental Health Journal*, 33, 3, 175-187.

KNIGHTS, D., MURRAY, F., 1993, Networking as knowledge work : A study of strategic interorganizational development in the financial services industry, *Journal of Management Studies*, 30, 6, 975-995.

LAMARCHE, P., 2001, L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ?, *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 8, 2, 71-92.

LANGLEY, A., 1988, The role of formal strategic planning, *Long Range Planning*, 21, 40-48.

LATIMER, E., MERCIER, C., CROCKER, A., 2001, *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie*, Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

LEATT, P., PINK, G. H., GUERRIÈRE, M., 2000, Towards a canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, 2, 13-37.

LEMAY, A., SICOTTE, C., DENIS, J. L., CROTEAU, M. J., OUADAHI, Y., SAINDON, D. F., MIREAULT, J., NGUYEN, H., POULIN, M. C., 2001, Evaluation de l'implantation d'une technologie de l'information et de la communication dans un réseau de soins du Québec, *Santé et systémique*, 5, 3, 1-21.

LEUTZ, W. N., 1999, Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom, *The Milbank Quarterly*, 77, 1, 77-110.

MATLAND, R., 1995, Synthesizing the implementation literature : the ambiguity conflict model of policy implementation, *Journal of Public Administration Research and Theor*y, 5, 2, 145-174.

MECHANIC, D., SCHLESINGER, M., MC ALPINE, D. D., 1995, Management of mental health and substance abuse services : state of the art and early results, *Milbank Quarterly*, 73, 1, 19-55.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.

MSSS, 2000, *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, rapport et recommandations*, Commission Clair, Gouvernement du Québec.

MSSS, 2001a, *Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois*, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Gouvernement du Québec.

MSSS, 2001b, *Accentuer la transformation des services de santé mentale, Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Gouvernement du Québec.

MSSS, 2001c, *Transformation des services de santé mentale, état d'avancement du plan d'action de décembre 1998,* Gouvernement du Québec.

MSSS, 2002, *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux de services intégrés*, Gouvernement du Québec.

MINTZBERG, H., 1994, Les nouveaux rôles de la planification, des plans et des planificateurs, *Gestion*, 6-13.

MORRISSEY, J., CALLOWAY, M., JONHSEN, M., ULLMAN, M., 1997, Service system performance and integration : A baseline profile of the ACCESS demonstration sites, *Psychiatric Services*, 48, 3, 374-380.

MUR-VEEMAN, I., VAN RAAK, A., PAULUS, A., 1999, Integrated care : the impact of governmental behaviour on collaborative networks, *Health Policy*, 49, 149-159.

PALUMBO, D., 1990, *Opening up the Black Box : Implementation and the Policy Process*, G. Press, New York, 3-17.

PARK, S. H., 1996, Managing an interorganizational network : A framework of the institutional mechanism for network control, *Organization Studies*, 17, 5, 795-824.

PETTIGREW, A. M., 1992, On studying managerial elites, *Strategic Management Journal*, 13, 163-182.

POIRIER, L.-R., CAULET, M., FOURNIER, L., MERCIER, C., WHITE, D., LESAGE, A., 2001, *Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale vivant dans la communauté* (projet 1997-162), Rapport final soumis à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, FCRSS.

PROVAN, K. G., MILWARD, H.B., 1995, A preliminary theory of interorganizational network effectiveness : A comparative study of four community mental health systems, *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.

RANDOLPH, F., BLASINSKY, M., 1997, Creating integrated service systems for homeless persons with mental illness : the ACCESS program, *Psychiatric Services*, 48, 3, 369-373.

SAVAGE, M. C., 1996, *Fifth Generation Management : Co-Creating through Virtual Enterprising, Dynamic Teaming and Knowledge Networking*, Butterworth-Heinemann, Focal Press.

TURGEON, J., SABOURIN, P., 1996, R*econfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : La place des regroupements interétablissements*, Administration publique du Canada.

VAN RAAK, A., PAULUS, A., VAN MERODE, F., MUR-VEEMAN, I., 1999, Integrated care management : applying control theory to networks, *Journal of Management in Medicine*, 13, 6, 390-404.

Van Raak, A., Mur-Veeman, I., Paulus, A., 1999, Understanding the feasibility of integrated care : A rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context, *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 235-248.

Whetten, D. A., 1981, Interorganizational relations : A review of the field, *Journal of Higher Education*, 52, 1, 1-28.

ABSTRACT

Network of integrated services : regulation and driving force of implementation of change

Networks of integrated services are often presented as a major path of solution to increase efficiency, relevance and coherence of health systems especially in the current context of increasing demand and budgetary restraint. In the mental health field, integation also attempts to answer the numerous needs of a targeted population and more specifically, people with serious mental disorders. This article describes the markers of the concept of network of integrated services in mental health, the major strategies favoring development and models of regulation allowing their elaboration. The article discusses difficulties and stakes of this mode of organization and more particularly the challenges linked to implementation of change and transformation of systems.

RESUMEN

Estrategias de integración de servicios en red, regulación y motores de establecimiento de cambio

Las redes integradas de servicios estan presentadas como una de las vias principales de soluciónes para aumentar la eficiencia, la

pertinencia y la coherencia del sistema de salud en el contexto actual de aumentación de la demanda y de los limites de los presupuestos. En el campo de la salud mental la integración se inscribe tambien en una tentativa de respuesta a las necesidades multiples de la población, más especificamente las personas que padecen de problemas mentales graves. Este articulo describe las grandes lineas del concepto de la red integrada de servicios en salud mental, las estrategias principales que favorecen el desarrollo y los modelos de regulación cuales permiten su elaboración. El articulo trata tambien las dificultades y las cuestiones relacionadas a este modo de organisación y especificamente los desafios del establecimiento del cambio y de transformación de sistemas.

RESUMO

Estratégias de integração das redes de serviços, regulamentação e agentes de implantação de mudanças

A integração das redes de serviços é uma das principais soluções para aumentar a eficiência, a pertinência e a coerência do sistema de saúde no contexto atual de aumento da demanda e de problemas orçamentários. Na área da saúde mental, a integração também engloba a tentativa de atender às necessidades do público alvo, principalmente, das pessoas que sofrem de problemas mentais graves. Este artigo descreve algumas linhas básicas do conceito de integração das redes de serviços em saúde mental, as principais estratégias que favorecem o desenvolvimento e os modelos de regulamentação que permitem sua elaboração. O artigo trata também das dificuldades e problemas deste modo de organização e, mais especificamente, dos desafios relacionados com a implantação de mudanças e a transformação dos sistemas.