

Article

« Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire »

Marie-Josée Fleury

Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 2, 2002, p. 7-15.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014554ar>

DOI: 10.7202/014554ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éditorial

Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire

Marie-Josée Fleury*

Le concept d'intégration des services comme mode de régulation des systèmes publics de santé apparaît dans les écrits scientifiques et les discours politiques au cours des années 1990. Ce nouveau modèle qui a pour objectif de limiter les duplications et d'améliorer la qualité des services implique un arrimage important entre les dispensateurs de services d'une unité géographique spécifique. Dans les systèmes privés de santé, l'intégration des services s'apparente au concept du managed care introduit aux États-Unis au cours des années 1980. Ce concept suppose l'implantation de mécanismes de gestion et d'approches cliniques qui visent à améliorer l'efficacité des systèmes de santé et à rendre imputables les prestataires des services dispensés. Malheureusement, ce concept est trop souvent associé au contrôle ou à la réduction des dépenses, et au rejet de la clientèle « non rentable » pour les organisations. Donc, l'intégration des services dans les systèmes privés ou publics témoigne d'une volonté de rationalisation des systèmes sociosanitaires et de formalisation des échanges.

Plusieurs facteurs expliquent l'émergence de ce mode d'organisation. Le contexte de crise économique et des finances publiques, la pression déployée sur les systèmes de santé par la croissance de la demande, le vieillissement de la population et l'évolution des technologies sont des éléments en toile de fond. Le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation ont aussi entraîné la multiplication des dispensateurs de sorte que les acteurs organisationnels ont dû rationaliser les services afin d'en éviter la duplication. Au Québec, la mise en œuvre de l'intégration des services comme mode d'organisation du système de santé

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

résulte aussi d'un autre facteur : l'échec relatif des efforts des décennies 1970-1980 pour améliorer la collaboration entre les différents partenaires et offrir des services continus dans la communauté (MSSS, 1997).

Le discours qui domine actuellement sur les moyens à privilégier pour transformer le système de santé et des services sociaux est balisé par les notions de « partenariat, de concertation et de collaboration » entre les organisations et les professionnels de la santé (MAS, 1987, 1989). Aussi, il est reformulé en terme « d'intégration des services » (MSSS, 1998, 2000, 2001a). L'article de Parenteau dans ce numéro présente un bref survol historique de l'évolution de l'organisation des services de santé mentale et du partenariat comme mode d'organisation.

Au milieu des années 1990, c'est au bénéfice de clientèles cibles que s'élaborent différents projets visant l'intégration des services socio-sanitaires. Ainsi, on estime que les personnes âgées (Sipa, Bois-Francis), (voir Tourigny et al. dans le présent numéro), les personnes souffrant de troubles mentaux graves (suivi intensif dans la communauté), celles aux prises avec des problèmes complexes et chroniques de santé physique seront mieux desservies par une meilleure intégration des services. Le système de soins primaires est aussi touché par cette approche (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, MSSS, 2000). L'élaboration et l'évaluation des projets d'intégration de services ont été favorisées par le programme du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS, 1997) financé par Santé Canada (MSSS, 2002). Comme autres projets financés par ce programme, mentionnons le réseau supra-régional mère-enfant, et le modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique – le diabète dans une approche populationnelle.

Dans le secteur de la santé mentale, Le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998 [www.msss.gouv.qc.ca]) a mis de l'avant les réseaux intégrés de services au plan local comme modèle de réforme du système. Cette orientation a ensuite été priorisée par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale mis sur pied en 1999 par le ministère dans le but d'évaluer l'implantation et le conseiller sur les orientations prioritaires en santé mentale (MSSS, 2001a). Dans le document *Accentuer la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 2001b), Le Groupe d'appui recommande d'accélérer la mise en place de réseaux locaux intégrés de services, d'identifier des paramètres favorables à l'implantation de tels réseaux, de documenter et diffuser des expériences prometteuses à cet égard. Enfin, en 2002, le document de travail intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé*

mentale (MSSS, 2002 [www.msss.gouv.qc.ca]) trace les paramètres et les principales composantes de ces réseaux.

Le concept d'intégration des services

L'intégration peut s'effectuer aux niveaux fonctionnel/administratif, clinique et professionnel. L'article de Fleury et Ouadahi du présent numéro présente une définition du concept et dresse un inventaire des modèles d'intégration pour chacun des niveaux. L'intégration clinique qui constitue une dimension centrale du dispositif de soins s'établit sur les plans horizontal et vertical, c'est-à-dire entre les différents services offerts pour une même période de soins (par exemple, le suivi dans la communauté et l'insertion sur le marché du travail) et entre les différents niveaux relatifs à ce processus (par exemple, entre l'hospitalisation et le suivi post-hospitalier). L'intégration peut cibler directement une clientèle spécifique telle les personnes avec des troubles mentaux graves dans le cas du suivi intensif dans la communauté (assertive community treatment teams). Elle peut aussi cibler l'offre des services des professionnels de la santé (les soins partagés) ou d'organisations (regroupement au niveau des conseils d'administration), et l'ensemble des composantes d'un système (planification régionale des services). Elle s'établit sur la base d'une gamme de soins et d'activités variées (services de base et spécialisés, incluant l'intersectoriel comme le travail, le logement, etc.)¹. Elle vise à répondre aux besoins biopsychosociaux et continus de la clientèle. Elle privilégie le principe d'appropriation du pouvoir des personnes afin de prévenir les périodes de crises entraînant l'hospitalisation et favorise la réintégration des patients dans leur communauté.

L'intégration des services se structure autour de deux modèles génériques. L'intégration verticale fait référence à une organisation hiérarchique de distribution des services dans laquelle une organisation spécifique dispense une majorité de services diversifiés à une clientèle et coordonne l'essentiel des autres services qui lui sont offerts par le système. Ce modèle est surtout développé aux États-Unis (health maintenance organizations, community mental health centers). L'intégration virtuelle (réseaux intégrés de services qui est le modèle priorisé au Québec) est organisée autour d'un ensemble de distributeurs de services (corporations indépendantes) qui coordonnent leurs actions afin d'offrir des services diversifiés et continus à la clientèle. Selon Walston et al. (1996), une telle structure d'organisation des services serait plus adaptée à la complexité des systèmes de santé et permettrait une plus grande flexibilité dans les réponses des organisations aux besoins diversifiés

des clientèles. Toutefois, plusieurs auteurs estiment qu'il n'existe pas de modèle idéal d'intégration des services, ces derniers devant se modeler aux divers contextes, cultures et besoins locaux particuliers (Gillies et al., 1997; Leatt et al., 2000).

L'intégration virtuelle implique le développement de différentes approches matricielles qui se superposent aux structures organisationnelles afin d'augmenter la collaboration entre les partenaires et la coordination des services. Fleury et Ouadahi présentent dans ce dossier un inventaire des stratégies d'intégration de services reliées aux niveaux administratif/fonctionnel, clinique et professionnel. Demers et al. abordent la question des fusions dans le présent numéro et examinent le rôle et la pertinence de cette stratégie d'intégration administrative fortement déployée durant les années 1990 au Canada² dans l'intégration des services. Kates pour sa part décrit une expérience d'intégration clinique qui s'est déroulée à Hamilton en Ontario où les soins partagés reposent sur le soutien des psychiatres aux médecins généralistes afin que ces derniers augmentent leur capacité de prise en charge de la clientèle souffrant de troubles mentaux graves. Cette approche, expérimentée dans d'autres provinces canadiennes, est encore peu en vigueur au Québec. Pourtant, les études sur l'intégration des services insistent sur le rôle crucial des médecins généralistes dans le succès de l'implantation des réseaux.

Les réseaux intégrés de services (intégration virtuelle) peuvent prendre différentes formes comme le démontre ce numéro. Quatre modèles types de régulation de services en réseaux intégrés sont présentés dans l'article de Fleury et Ouadahi. Parenteau décrit le modèle implanté dans la région Chaudière-Appalaches qui s'est élaboré autour des équipes des municipalités régionales de comtés (MRC). En opération depuis plusieurs années, ce modèle semble particulièrement pertinent surtout en territoire rural ou semi-urbain. L'expérience permet de mobiliser au sein d'une même équipe, l'ensemble des partenaires en santé mentale (hôpitaux, CLSC, organismes communautaires) et du niveau intersectoriel (municipalité, éducation, travail) d'un territoire, afin de dispenser des services variés et continus aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Touati et al. décrivent pour leur part un modèle expérimenté dans une localité de la Montérégie, une sous-région rurale de moins de 25 000 habitants.

Au Québec, on compte un plus grand nombre d'expériences de réseaux intégrés de services établies en région rurale qu'en contexte urbain. En fait, le nombre de partenaires et la pénurie des ressources dans les milieux ruraux auraient favorisé l'émergence de telles

expérimentations. Dans une précédente étude, Fleury et Denis (2000) ont identifié l'impact sur les capacités novatrices d'un territoire de l'introduction de nouvelles ressources issues par exemple d'un redécoupage d'une région, d'une réallocation des ressources financières et d'une modification de la finalité des lits de longue durée. Le projet d'intégration en Montérégie a associé une approche populationnelle prenant appui sur une première ligne et une organisation médicale forte, à des programmes plus spécifiques offerts à des clientèles-cibles dont les personnes souffrant des troubles mentaux graves. La création de comités cliniques et de comités de direction est le moyen choisi pour soutenir la réalisation de ce modèle. Lorsque la population cible sont les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, le modèle s'appuie sur la consolidation d'une équipe de santé mentale en CLSC, la création de ressources de soutien sous forme d'hébergement temporaire et un projet de suivi intensif et de réadaptation dans la communauté.

En guise de comparaison avec d'autres programmes de santé, Tourigny et al. présentent le réseau intégré de services aux aînés de la région des Bois-Francis, tandis que Deslandes et Bertrand décrivent des exemples types de réseaux offerts aux jeunes à risque et à leur famille. Bien que la dynamique dans le domaine de la santé mentale exige le développement de modèles d'organisation de services qui répondent à ses spécificités, les expériences introduites dans d'autres programmes sont éclairantes quant aux moyens et aux conditions à déployer pour assurer le succès de l'implantation. Le modèle de la région des Bois-Francis dont les résultats d'évaluation sont prometteurs, est une initiative des intervenants du terrain (stratégie émergente). Il s'est constitué principalement autour d'un guichet unique, de questionnaires de cas, de plans de services individualisés et de tables de concertation aux niveaux stratégique, tactique et clinique. Deslandes et Bertrand présentent des modèles de réseaux intégrés établis autour de l'école associant des services éducatifs, médicaux et sociaux dans un continuum de prévention, de traitement et de soutien. Soulignons que les modèles étudiés par Deslandes et Bertrand ont pour la plupart été implantés aux États-Unis, nonobstant certains réseaux en émergence au Québec.

Perspective des personnes utilisatrices et des familles

Rodriguez et al. (dans ce numéro) soutiennent que l'un des aspects incontournables des réseaux intégrés de services est la capacité de répondre adéquatement aux besoins des personnes utilisatrices. Trois articles présentent la perspective de ces personnes et des familles dans

l'organisation des services. À partir de l'étude de différents bassins géographiques, Rodriguez et al. soulignent l'importance de la flexibilité des modèles qui favorisent l'émergence de pratiques diversifiées, un espace de négociation et d'autonomisation des personnes.

L'article de Clément et Aubé s'intéresse à la notion de continuité d'un point de vue des personnes avec des troubles comorbides de santé mentale et de toxicomanie. Contrairement au réseau intégré qui suppose une vision globale de l'organisation des services et la canalisation des trajectoires de soins d'un territoire (modèle et pratiques structurant un réseau), la continuité fait référence essentiellement à l'itinéraire de la clientèle entre les services et à la relation patient-dispensateur. La continuité est donc un élément central de la mise en œuvre des réseaux intégrés de services. Clément et Aubé nous préviennent des effets pervers de ces réseaux, si aucun mécanisme ou aucune attention appropriée n'est prévu pour y pallier (par exemple, accroissement de la dépendance envers le système; persistance des omissions et des erreurs; et perpétuation de mauvaises relations entre les dispensateurs et les personnes utilisatrices).

Enfin, c'est du point de vue des familles que Perreault et al. examinent la transformation des services de santé mentale. Dans cette étude, les auteurs rapportent une satisfaction élevée des familles à l'égard des intervenants. Toutefois, plusieurs participants signalent être insatisfaits de l'organisation des services particulièrement au chapitre de l'accessibilité des services en santé mentale qui constitue une dimension centrale de l'intégration en réseau.

Mise en œuvre des réseaux intégrés de services

L'implantation des réseaux intégrés de services entraîne une restructuration importante de l'organisation du système de santé. Cette situation explique en bonne partie les résultats mitigés des études évaluatives des expériences empiriques d'intégration (MSSS, 2002, Shortell et al., 1993; Contandriopoulos et al., 2001). Les auteurs reconnaissent toutefois certains effets positifs sur l'amélioration de l'efficacité des organisations, la qualité des services et la réponse aux besoins croissants 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 littérature scientifique et les articles présentés dans ce numéro énoncent plusieurs conditions du succès de l'implantation des réseaux intégrés de services. Au-delà des stratégies d'intégration et des modèles déployés, d'autres facteurs facilitent ou entravent la mise en œuvre des

« réformes ». Parmi les conditions de succès de l'implantation de réseaux, on recense notamment la reconnaissance d'une interdépendance entre les acteurs et les organisations, l'identification des problèmes communs et compatibles, la légitimité et l'expertise des partenaires, l'intérêt et les bénéfices de la collaboration, la mise de l'avant de solutions compatibles et d'idéologies conciliables, une certaine répartition du pouvoir entre les organisations, le développement de pratiques d'intervention communes, d'outils (ou stratégies d'intégration sur les plans clinique, administratif et professionnel) pour soutenir le réseau et le rôle essentiel de leaders dans l'introduction de ces changements.

D'autres aspects doivent aussi être considérés. Fleury et Ouadahi parlent de l'historique du processus de collaboration et du déploiement de modèles d'intégration, alors que Deslandes et Bertrand mettent en relief le rôle central des attitudes des individus, la taille et la complexité du système ainsi que la clarté des objectifs poursuivis. Touati et al. insistent sur le potentiel des dynamiques locales comme contexte favorable à l'innovation et au changement. Fleury et Denis (2000) ont souligné l'importance de la décentralisation pour encourager le partenariat, la diversification et l'intensification des modes de coordination. Finalement, Demers et al. proposent de renverser la perspective dominante selon laquelle l'intégration des services passe nécessairement par la mise en place de mécanismes d'intégration organisationnelle. Ces auteurs soulignent plutôt le rôle central de la « communauté » de pratique. En résumé, l'importance des mécanismes d'intégration organisationnelle dépend de leur capacité à faire interagir les intervenants de façon concertée.

Conclusion

Les réseaux intégrés sont donc un mode d'organisation des services introduits surtout à partir du milieu des années 1990, afin de rationaliser l'offre et la distribution des services et améliorer l'efficience et la qualité du système de santé mentale. Ils impliquent une restructuration importante du système sociosanitaire, ce qui rend plus difficile leur implantation et l'évaluation de leurs effets. Ils prennent forme à l'intérieur de différents modèles d'organisation de services et supposent le déploiement de stratégies d'intégration clinique, fonctionnelle/administrative et professionnelle. Ils s'appuient sur l'existence d'un bassin suffisant de ressources et d'une gamme diversifiée de services. Ils devraient enfin correspondre aux besoins de services et de continuité de soins identifiés par les personnes utilisatrices et leurs proches.

Au Québec, les réseaux « intégrés » de services en santé mentale sont dans la plupart des régions sociosanitaires en phase d'implantation et d'expérimentation. Les défis à relever pour mener à terme ces projets demeurent nombreux. Il faut souligner que ce concept ne constitue pas une « solution miracle » et comporte ses limites et aussi ses effets pervers. À l'heure actuelle et malgré la profusion d'une littérature scientifique à ce sujet, les modalités de structuration des réseaux en fonction des contextes, ainsi que leur capacité de bien répondre aux besoins et leur efficience, doivent faire l'objet d'études plus poussées.

Notes

1. Peu importe le niveau d'intégration d'un système de santé, les effets de l'intégration demeureront limités si les ressources sont inadéquates. L'ajustement des ressources aux besoins d'une clientèle est une condition importante du succès d'un modèle d'intégration de services, nonobstant la configuration et le degré d'implantation de ce modèle.
2. Dans un document publié par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (À bas les mythes. Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut), on indique qu'entre 1990 et 1999, le nombre d'hôpitaux canadiens a chuté de 1 231 à 929, ce qui représente une baisse de 25 %.

Références

- 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, 341-366.
- Conrad, A.D., 1993, Coordinating patient care services in regional health systems : The challenge of clinical integration, *Hospital and Health Administration*, 38, 4, 491-508.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J. L., TOUATI, N., RODRIGUEZ, R., 2001, Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8, 2, 38-52.
- FLEURY, M. J., DENIS, J. L., 2000, Bilan de la mise en œuvre et des effets des programmes régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXV, 1, 7-19.
- GILLIES, R. R., SHORTELL, S. M., ANDERSON, D. A., MITCHELL, J. B., MORGAN, K. L., 1993, Conceptualizing and measuring integration : Findings from the health systems integration study, *Hospital and Health Services Administration*, XXVIII, 4, 467-488.

- GILLIES, R. R., SHORTELL, S. M., YOUNG, G. J., 1997, Best practices in managing organized delivery systems, *Hospital and Health Administration*, 49, 3, 299-321.
- LEATT, P., PINK, G. H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, 2, 13-37.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (MAS), 1987, Pour un partenariat élargi (Rapport Harnois), *Rapport de travail en vue de l'élaboration de la politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MAS, 1989, *La Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1997, *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 2000, *Le système de santé et des services sociaux au Québec... en bref*, Gouvernement du Québec.
- MSSS, 2001a, *Transformation des services de santé mentale, État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, 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.
- MORRISSEY, J., CALLOWAY, M., MATTHEW, J., 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.
- SHORTELL, S. M., KELLOGG, J. L., 1993, Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators, *Hospital and Health Services Administration*, 38, 447-466.
- WALSTON, S. L., KIMBERLY, J. R., BURNS, L. R., 1996, Owned vertical integration and health care: Promise and performance, *Health Care Management Review*, 21, 1, 83-92.