

BR0
14956

CALASS 2005 – 16^e CONGRES DE L'ALASS
Texte soumis dans le cadre du prix d'excellence «Thème principal»
du 12 au 14 oct. 2005 – à Montréal

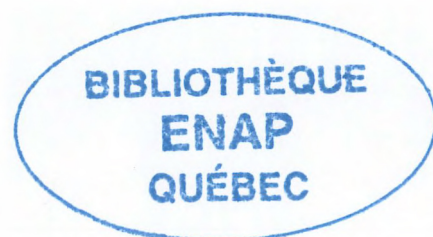
**La responsabilité populationnelle sous l'angle
de l'expérimentation et de l'évaluation de trois réseaux
de services intégrés en Montérégie**

Par

Linda Cazale, Ph. D., Chercheure postdoctorale
Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park, Québec (Canada)
J4V 2H1
Courriel : linda.cazale@usherbrooke.ca

Nassera Touati, Ph. D., Professeure adjointe
École nationale d'administration publique

Marie-Josée Fleury, Ph.D., Professeure adjointe
Université McGill (département de psychiatrie)
Chercheure, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas



La responsabilité populationnelle sous l'angle de l'expérimentation et de l'évaluation de trois réseaux de services intégrés en Montérégie

Résumé. Cet article prend appui sur trois expériences de réseaux de services intégrés s'étant déroulées en Montérégie (Québec) entre 1999 et 2003. La présentation de ces expériences novatrices et des résultats observés durant leur première phase de déploiement constituent les objectifs ici poursuivis. La méthodologie comprend l'adoption d'un cadre de référence pour l'appréciation du degré de déploiement (intégration normative, fonctionnelle et clinique) et des effets. La conclusion ouvre sur quelques défis à relever afin de renforcer la responsabilité populationnelle des pourvoyeurs de services envers les clientèles visées par ces expériences.

Resumen. Este artículo se basa en tres experimentos de redes de servicios integrados desarrollados en Montérégie (Quebec) entre 1999-2003. La presentación de estos experimentos innovadores y de los resultados observados durante su primera fase de desarrollo constituyen los objetivos aquí perseguidos. La metodología comprende la adopción de un marco referencial para la apreciación del grado de desarrollo (integración normativa, funcional, clínica) y de sus efectos. La conclusión señala algunos desafíos a ser superados para reforzar la responsabilidad poblacional de los proveedores de servicios respecto a las clientelas enfocadas por estos experimentos.

Introduction

La mise en place de réseaux de soins intégrés (RSI) est généralement perçue comme une solution à plusieurs maux des systèmes de soins notamment aux problèmes d'accessibilité et de continuité des soins. Par RSI, nous entendons des expériences de rapprochement interorganisationnel et interprofessionnel susceptibles de favoriser une plus grande intégration en misant sur la coopération et la coordination entre des partenaires pour une clientèle donnée. Peu de données probantes appuient pour l'instant l'efficacité des RSI¹⁻⁶. Cela s'explique notamment par le fait que puisque le déploiement de RSI s'échelonne sur plusieurs années⁷⁻⁸ et que les démarches d'évaluation couvrent généralement de courtes périodes d'observation, il n'est souvent pas possible d'observer des changements notables sur le plan des effets sur la santé.

Les RSI apparaissent comme une stratégie importante de restructuration non seulement au Québec mais également au Canada et dans d'autres pays industrialisés⁹⁻¹³. Son émergence fait suite, au Québec et au Canada du moins, aux réformes précédentes qui se sont surtout appuyées sur des modifications structurelles telles des fusions¹⁴⁻¹⁶. Puisque les modifications structurelles ne suffisent pas pour réaliser une intégration optimale¹⁷⁻¹⁸, les RSI apparaissent comme des innovations intéressantes puisqu'elles misent à la fois sur les structures et sur les pratiques cliniques.

Cet article prend appui sur trois expériences récentes de RSI s'étant déroulées entre 1999 et 2003 dans une région socio-sanitaire québécoise particulière, la Montérégie. Les objectifs principaux du présent article consistent à présenter ces expériences novatrices ainsi que leurs résultats durant la première phase de déploiement en adoptant un cadre de référence. Les résultats obtenus à partir de ces expériences singulières et diversifiées, en fonction des clientèles touchées, nous apparaissent utiles et transférables à d'autres

Recu 12/06/06

expériences en cours notamment au Québec. En effet, les RSI décrits s'inscrivent dans les deux grandes tendances dans l'organisation de ces interventions¹⁵: un RSI axé sur l'offre de soins et qui s'adresse à l'ensemble de la population d'un territoire (le projet de capitation de la MRC du Haut Saint-Laurent ci-après **POP**) et deux RSI constitués en fonction de clientèles spécifiques ou de maladies (la clientèle des adultes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants résidant sur le territoire du CLSC Longueuil-Ouest, ci-après **SM**, et la clientèle en oncologie résidant en Montérégie, ci-après **ONCO**).

Ces expériences visaient notamment à renforcer la responsabilité des pourvoyeurs de services envers ces clientèles ou populations. Par ailleurs, ces expériences se sont déroulées alors qu'aucun changement majeur n'est venu modifier la gouverne du système de soins québécois (par ex. les rôles du niveau central et régional) ni le cadre réglementaire (par ex. budgétaire) auquel les acteurs doivent se conformer. De là, il apparaît que les expériences ont permis une transformation graduelle dans l'organisation des services.

Les enseignements provenant de notre analyse pourraient notamment être fort utiles dans la mise en œuvre des projets cliniques qu'ont à définir et à actualiser les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) créés en 2004 au Québec. En effet, la réalisation de ces projets cliniques pourrait devoir miser sur la coopération de plusieurs partenaires, certains ayant connu une intégration administrative alors que d'autres sont toujours autonomes. À noter enfin que le présent texte s'inspire d'un article qui paraîtra prochainement dans un livre sur la gouverne et la régulation des services de santé et des services sociaux au Québec¹⁹.

Méthodologie

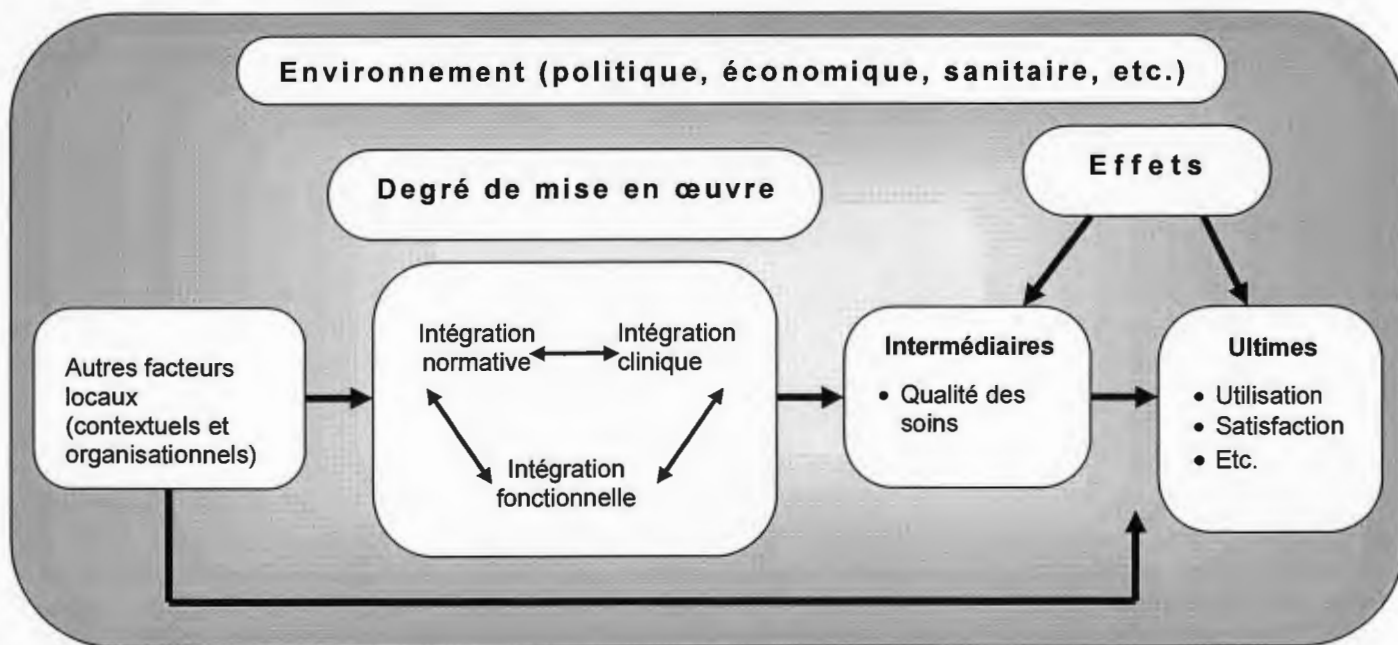
La méthodologie suivie vise à atteindre les objectifs explicités antérieurement soit de présenter des expériences novatrices de RSI s'étant déroulées en Montérégie ainsi que leurs résultats durant leur première phase respective de déploiement. À cette fin, différentes activités ont été réalisées. Dans un premier temps, une relecture de documents et d'articles issus des expériences, notamment des rapports finaux d'évaluation²⁰⁻²³ a été faite. Des tableaux ont été élaborés afin de synthétiser les informations retenues. Par ailleurs, l'adoption d'un cadre de référence s'est avérée nécessaire. Ce cadre, n'ayant pas été utilisé par toutes les démarches d'évaluation, sert de point d'ancrage afin de pouvoir homogénéiser la description des résultats et de faciliter l'analyse. À noter que l'ensemble des démarches d'évaluation ayant accompagné ces expériences ont adopté l'étude de cas²⁴ comme devis ainsi qu'une stratégie d'échantillonnage intentionnelle et de triangulation de l'information²⁵.

Ce cadre de référence s'inspire fortement de travaux sur l'intégration notamment ceux de Contandriopoulos et collaborateurs²⁶. Le cadre de référence pour l'analyse de la mise en œuvre des expériences de RSI et de leurs effets comprend (voir la **figure 1**) : 1) les différentes dimensions d'intégration appuyant les efforts de coopération entre les partenaires; 2) des facteurs locaux (contextuels et organisationnels) qui viennent soit faciliter (par ex. leadership, historique de collaboration) soit contraindre (par ex. rotation élevée des leaders) le déploiement des RSI; 3) le contexte ou l'environnement (politique, sanitaire, économique, etc.) dans lequel s'inscrit les expériences de RSI tant au niveau «macro», pour le Québec, qu'à un niveau «més», plus spécifique à la Montérégie; et 4) les effets associés au déploiement des expériences des RSI.

Pour que les relations de coopération s'enracinent et perdurent, il y a lieu de mettre en œuvre dans le temps des activités associées aux dimensions d'intégration^{2,8-9,13,26-27} soit : 1) le développement d'une vision partagée et d'une compréhension mutuelle du projet entre les acteurs (intégration normative); 2) la création de conditions administratives incitant les acteurs à coopérer (intégration fonctionnelle); et 3) la mise en place de modalités de prise en charge des patients et de règles associées aux pratiques entre les professionnels (par ex. outils communs) (intégration clinique). La figure illustre que le processus de mise en œuvre est récursif et qu'il peut prendre naissance à n'importe quelle dimension de l'intégration²⁶.

Les facteurs locaux et l'environnement peuvent également influencer le degré de mise en œuvre et les effets. Le degré de mise en œuvre des dimensions d'intégration devrait conduire à un rehaussement de la performance. Les effets intermédiaires sont ici liés à l'intégration des soins, laquelle constitue la finalité première de ces expériences²⁶. Ces effets sont associés à des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure qualité des soins laquelle se rapporte à des attributs de la prise en charge dont l'accessibilité aux soins²⁸, la globalité des soins²⁹, la continuité des soins³⁰, l'humanisation des soins³¹ et l'habilitation des clients et de leurs proches^{15,31}. Par ailleurs, ces effets intermédiaires influencent à leur tour l'occurrence de différents effets ultimes dont une meilleure efficacité d'utilisation³²⁻³³ et une satisfaction accrue des acteurs concernés à savoir les clients et leurs proches à l'égard des soins reçus⁶ ou encore des professionnels et des gestionnaires à l'égard de leur travail³³⁻³⁴.

Figure 1. Cadre conceptuel pour l'analyse de la mise en œuvre des RSI et des effets



La Montérégie

La Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec puisque, en 2001, 1,325 millions de personnes y résidaient³⁵. Elle couvre un vaste territoire de 10 000 km² où se côtoient urbanité et ruralité. La population y est relativement jeune avec 10% de résidents âgés de 65 ans ou plus à comparer à 12% au Québec. Bien que le portrait socioéconomique lui soit généralement avantageux, une frange importante de la population est affectée par une situation défavorable notamment au chapitre de la durée prolongée de dépendance à l'aide sociale et de la sous-scolarisation³⁶.

La Montérégie est reconnue comme une région qui accuse un sous-financement chronique de ses programmes de services³⁷. Contrairement à la plupart des régions de sa taille, elle ne peut compter sur un réseau d'établissements affiliés à une université puisque seul un centre hospitalier a un statut universitaire. Depuis une dizaine d'années, les établissements de la région, notamment les dix hôpitaux de soins aigus, font face à une demande accrue de la population³⁷. Cette pression sur les services s'expliquerait notamment par le vieillissement de la population, par une possible diminution de l'accessibilité offerte par les régionaux voisines et par la volonté de la population de consommer les services à proximité de leur domicile. En ce qui a trait à la première ligne, la région souffre d'une mauvaise répartition et d'une insuffisance d'effectifs médicaux, ce qui pose un problème d'accessibilité. Les services de première ligne gagneraient aussi à être renforcés notamment au chapitre de la continuité des soins³⁷.

Une brève description des expériences de RSI

Cette section porte sur la description des expériences de RSI s'étant déroulées entre 1999 et 2003. Quelques caractéristiques centrales de celles-ci, dont la clientèle visée et les partenaires, ont été rapportées dans un tableau (voir le **tableau 1**). En trame de fond de ces expériences, il est possible de retrouver différentes prises de position à l'effet d'organiser des RSI en favorisant notamment le renforcement des services de première ligne¹⁰. Par exemple, l'expérience en santé mentale fait suite à des documents ministériels appuyant la création de réseaux locaux intégrés³⁸⁻⁴⁰ et l'expérience en oncologie, au dépôt du Programme québécois de lutte contre le cancer⁴¹.

À noter que la source principale de financement du projet diffère pour les expériences et que ce financement n'était pas considéré, du moins au début de l'expérimentation, comme récurrent du moins pour deux des expériences (POP, SM). Ainsi ces expériences de transformation de services peuvent être considérées comme des expériences pilote ou de faisabilité. Il est également à noter que deux des démarches d'évaluation ont débuté simultanément au déploiement des RSI (POP, SM). Par ailleurs, la répartition du financement pour les trois projets se divise en deux volets : un volet associé à la mise en réseau et un volet lié à la consolidation des services (c'est à dire un ajout de services). Cette situation n'est guère surprenante lorsqu'on songe à la pénurie que vit la région alors qu'un contexte d'austérité budgétaire accompagne l'ensemble des expériences. En effet, il y a une limite à l'intégration des services dans un contexte de pénurie⁴².

Tableau 1. Quelques caractéristiques des expériences de RSI

	Expérience POP	Expérience SM	Expérience ONCO
Type de réseau	Offre de soins : la population d'un territoire	Maladie ou clientèle : santé mentale	Maladie ou clientèle : oncologie
Clientèle	. La clientèle visée est celle de l'ensemble du territoire rural de la MRC du Haut Saint-Laurent soit environ 25 000 habitants	. La clientèle cible répond aux critères suivants : 1) adultes de 18 à 64 ans; 2) vivant dans la communauté; 3) résidant sur le territoire urbain d'un CLSC; 4) aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants; et 5) nécessitant un soutien dans la communauté	. La clientèle visée est celle des personnes atteintes d'un cancer et résidants en Montérégie
Période d'expérimentation observée	. Avril 1999 à mars 2001 (2 ans)	. Mai 2002 à mai 2003 (1 an)	. 1999 à 2003 (4 ans)
Financement de l'expérimentation	. Budget non-récurrent (3,0M\$) octroyé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé	. Budget non-récurrent (0,65M\$) octroyé par le Ministère de la santé et des services sociaux	. Budget récurrent de 1,6M\$ octroyé par la Régie régionale de la Montérégie
Identification des partenaires	. 15 médecins omnipraticiens . 1 hôpital de courte durée (49 lits) . 1 CLSC . 1 CHSLD (60 lits) . la Régie régionale de la Montérégie . le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)	. 10 partenaires dont : - 3 organisations du secteur public (1 CLSC et 2 hôpitaux de courte durée); - 6 organisations du réseau communautaire (par ex. soutien à l'hébergement); - intersectoriel (intégration au travail)	. Les hôpitaux qui dispensent des soins en oncologie dont les professionnels des équipes interdisciplinaires . les CLSC de la région . la Régie régionale de la Montérégie

Faute d'espace, il n'est pas possible de rendre justice à l'ensemble des efforts des acteurs et des organisations à conceptualiser et à déployer ces modes d'organisations de soins. Le lecteur intéressé est invité à consulter les documents disponibles notamment les rapport finaux ¹⁹⁻²³. Ainsi nous avons décidé de présenter un résumé des stratégies privilégiées pour favoriser l'implantation des RSI.

Une grande diversité de stratégies ont été privilégiées lors de la première phase de déploiement des RSI. L'innovation apparaît plus forte pour le volet clinique que pour le volet administratif. Par ailleurs, peu d'expérimentations majeures ont été tentées pour les volets financier et informationnel. Nous explicitons les stratégies en ajoutant entre parenthèses les abréviations des RSI pour lequel (lesquels) chacune a été identifiée.

Un bon nombre de stratégies a trait aux modes de pratique clinique dont les suivantes : 1) la mise en place d'un professionnel (par ex. intervenant-pivot, gestionnaire de cas) assurant une plus grande continuité des soins (POP, ONCO); 2) le partage d'outils communs comme des protocoles de soins ou des grilles d'évaluation des besoins (POP, SM, ONCO); 3) la création de lieux d'échanges entre les organisations et les

professionnels dont des réunions interdisciplinaires et des comités clinico-administratifs (POP, SM, ONCO); 4) l'établissements de corridors privilégiés entre les lignes de services (POP, ONCO); 5) la mise en place d'un réseau informatique reliant les médecins en cliniques avec les établissements (POP); et 6) des sessions de formation afin de soutenir l'apprentissage et l'organisation en réseau (POP, SM, ONCO).

Les efforts d'intégration des acteurs et des organisations apparaissent aussi avoir misé sur le volet administratif. Au niveau de la gouverne, tous les RSI ont mis en place : 1) un comité directeur réunissant une diversité de partenaires afin d'encadrer l'orientation et la mise en œuvre du projet (POP, SM, ONCO) auquel s'est ajouté 2) d'autres comités en soutien aux initiatives prises par le comité directeur (par ex. comité de professionnels, comité de gestion) (POP, SM, ONCO). Des stratégies au niveau financier et informationnel ont été expérimentées soit : 1) l'allocation de ressources en fonction des objectifs communs tel des projets cliniques (POP, SM, ONCO); 2) la rémunération de médecins pour leur participation à des réunions visant la planification et l'organisation des soins (POP); 3) la mise en place de base de données informatisées afin de documenter et de compiler les activités (ONCO); et 4) des travaux pour créer un entrepôt de données (POP) et un registre régional des tumeurs (ONCO).

Résultats de l'analyse de degré de déploiement et des effets des RSI

Cette section vise à apprécier dans quelle mesure les stratégies brièvement décrites ont contribué à produire de l'intégration, c'est-à-dire à influencer les processus devant conduire au développement de relations de coopération entre des acteurs et des organisations. Les résultats de l'analyse du degré de déploiement des dimensions d'intégration sont présentés. Puisque le déploiement des RSI est influencé par des particularités de l'environnement et par des facteurs locaux, nous indiquons par la suite les facteurs qui apparaissent les plus présents pour les projets retenus. Cette section comprend aussi une analyse des effets des expériences de RSI.

1. Analyse du degré de déploiement

Les résultats portent sur le degré de mise en œuvre des dimensions normative, fonctionnelle et clinique. À noter que l'interdépendance entre celles-ci (voir la **figure 1**) rend difficile la présentation d'une dimension d'intégration sans les relier à l'une ou l'autre des autres dimensions. On comprend ainsi que des efforts entrepris sous une dimension peut avoir des retombées pour une autre.

Suite à cette précision, explicitons quelques résultats en commençant par l'**intégration normative**. Nous nous intéressons à la question suivante : Dans quelle mesure a-t-on réussi à développer une vision partagée du projet de RSI et à générer de la confiance? Brièvement, les trois expériences affichent de bons résultats puisqu'une culture de collaboration se répand partout en remplacement à une certaine méfiance entre les partenaires au début de tous ces projets. L'engagement des acteurs et des organisations demeure cependant variable; par exemple les infirmières sont généralement davantage impliquées que d'autres professionnels (POP, ONCO).

Pour le projet POP, la tentative de fusion a amené une certaine méfiance entre les acteurs. Ce sont les efforts des acteurs particulièrement les efforts de coopération clinique qui ont permis l'émergence d'une vision plus partagée. Ainsi les vingt projets cliniques

sont devenus des points d'ancrage à la coopération. Pour l'expérience SM, c'est l'intensité des efforts des acteurs (par exemple, le comité clinico-administratif s'est réuni à vingt reprises en un an) qui a favorisé une évolution positive des relations ainsi que l'émergence d'une vision et d'un langage commun. Enfin pour l'expérience ONCO, des organisations et des professionnels étaient réticents au départ quant au projet de RSI. En effet, la délégation initiale du mandat d'implanter le RSI à l'un des hôpitaux avait créé une certaine confusion et aurait freiné le déploiement du RSI. Ainsi, certains craignaient la mise en place de corridors de services et le rapatriement de clientèles au centre régional. Ces craintes ne s'étant pas matérialisées et les stratégies mises en place ont permis de changer la situation.

Au niveau de **l'intégration fonctionnelle**, nous voulons apprécier les efforts déployés à créer des conditions administratives nécessaires à la coopération. Les résultats des expériences de RSI apparaissent ici plus mitigés. Ainsi, des éléments positifs sont notés particulièrement au niveau de la diversification de la gouverne (POP, SM, ONCO) et de la valorisation de diverses modalités de formation et de rehaussement des compétences (POP, SM, ONCO). Brièvement la diversification de la gouverne vient appuyer le développement d'une vision partagée entre les acteurs alors que les formations viennent soutenir la bonification et l'harmonisation des pratiques professionnelles sous-jacentes aux projets cliniques expérimentés lors du déploiement des RSI. La diversification peut prendre plusieurs formes dont une alternance de la provenance des acteurs pour certaines fonctions (SM) et la création de plusieurs comités incluant des comités clinico-administratifs (POP, ONCO). La participation de la Régie régionale dans la gouverne de deux RSI a été jugée de façon positive par les acteurs (POP, ONCO).

Cependant les efforts déployés au niveau informationnel (POP, ONCO) semblent rapportées moins de résultats tangibles. Aucun système d'information commun aux partenaires n'a été mis en place dans les expériences retenues. Par ailleurs, le temps nécessaire à la conception et au déploiement des initiatives informationnelles, qui pourraient être utiles au monitoring des RSI, occasionne des délais tels que sur de courtes périodes d'observation celles-ci produisent un faible retour sur l'investissement (POP, ONCO). Enfin, les expériences de RSI ont donné lieu à peu d'innovation au niveau financier. Bien que les ressources aient été allouées par des comités en fonction d'objectifs communs (POP, SM ONCO), il n'y a pas à proprement parler d'intégration budgétaire entre les partenaires puisque les ressources partagées sont des ressources additionnelles prévues pour l'expérimentation. Il en résulte le maintien d'un certain fonctionnement en «silo».

Les derniers résultats touchent **l'intégration clinique**. Nous nous intéressons ici à la question suivante : Dans quelle mesure observe-t-on des changements dans les modalités de prise en charge des patients et dans les règles associées aux pratiques professionnelles? Ces changements peuvent prendre diverses formes dont la mise en place d'équipes interdisciplinaires et de mécanismes pour coordonner l'action collective. Des changements positifs ont été observés pour les trois expériences de RSI (POP, SM, ONCO) et ceux-ci n'auraient pu être observés n'eut été des efforts déployés au niveau normatif et fonctionnel notamment au chapitre de la formation.

En ce qui a trait à l'expérience POP, la grande majorité des vingt projets cliniques implique la participation d'intervenants des différents établissements du territoire. Il y a davantage de pratiques multidisciplinaires et interorganisationnelles : par exemple, pour l'un des

modèles du travail multidisciplinaire en cabinets privés, l'infirmière est une employée du CLSC prêtée à la clinique médicale. On note également une uniformisation des processus de soins, la mise en place du suivi systématique pour certaines clientèles (par ex. diabète) ainsi que la révision ou le développement de 20 protocoles cliniques.

Pour l'expérience ONCO, les équipes interdisciplinaires qui n'existaient pas au préalable de l'intervention se sont mises en branle au sein des centres hospitaliers et elles se sont dotées d'outils et de mécanismes pour coordonner leurs actions. La composition des équipes tend également à se rapprocher de celle valorisée quoi que la participation des différents intervenants ne soit pas acquise dans tous les milieux faute notamment de ressources. Au niveau de la complémentarité avec les CLSC, des efforts ont été faits dans des milieux pour développer la prestation de chimiothérapie à domicile et pour améliorer la coordination des services.

Quant à l'expérience SM, les points positifs principaux rapportés sur la courte période d'une année concernent l'intensification des relations entre les partenaires, par exemple une augmentation des références. Un transfert d'expertise vers la première ligne a également été signalé avec notamment un intervenant qui partage son temps de travail clinique dans deux milieux. Des outils communs ont également été développés quoi que leur utilisation par les intervenants est relativement faible.

En résumé, des résultats intéressants sont rapportés pour les expériences de RSI particulièrement pour les dimensions clinique et normative. Il est à noter que les efforts observés ont surtout visé les acteurs formant le noyau dur des projets ce qui est somme toute «normal» en première phase de déploiement de RSI. Cependant il importe, dans la progression des RSI vers d'autres stades de développement, de favoriser une participation accrue de l'ensemble des partenaires associés aux différents continuums de soins et de poursuivre les apprentissages et les expérimentations afin de renforcer les dimensions d'intégration et d'optimiser les retombées de ces RSI.

2. Les facteurs contextuels et environnementaux

Outre les efforts associés aux dimensions d'intégration, le déploiement des RSI est influencé par des particularités de l'environnement dans lequel ces projets s'inscrivent ainsi que par des facteurs contextuels spécifiques aux différents projets. Ainsi le déploiement de RSI serait facilité lorsqu'on note un historique antérieur de collaboration (POP, SM, ONCO) et lorsque la pratique médicale de première ligne est polyvalente et coordonnée au réseau (POP). Une petite taille pour le territoire semble également favorisée le déploiement du RSI (POP, SM). Le support de la Régie régionale dans le processus de changement est également noté (POP, ONCO), notamment au niveau financier (ONCO) et pour le soutien dans l'animation de l'expérience (POP, ONCO). Cependant un support plus directif et soutenu de la Régie régionale aurait été apprécié quant à la clarification de la vision stratégique du projet (POP, SM).

Des enjeux d'ordre organisationnel semblent également intervenir. Par exemple, les dynamiques de coopération qui se développent entre les partenaires apparaissent influencées par des rivalités entre des communautés culturelles (POP) ou entre les institutions (SM, ONCO). Ainsi si les partenaires sentent leur autonomie menacée par la mise en réseau, ils ont tendance, surtout au début du déploiement de l'intervention, à se replier sur leur identité corporative (POP, ONCO). Cependant une «bonne» dose de

leadership peut contribuer à faire modifier la trajectoire prise en début de parcours : un leadership diversifié, à la fois clinique et administratif (POP, ONCO), ou provenant des différents secteurs en santé mentale (SM), aide en ce sens.

Des facteurs systémiques peuvent aussi freiner le déploiement des RSI. Par exemple, les modes de rémunération des médecins apparaissent non optimaux aux exigences de la collaboration (ONCO) et l'iniquité du financement des ressources communautaires pose problème (SM). De plus, les systèmes d'information clinique et de gestion courants apparaissent perfectibles au monitoring et à l'évaluation des RSI (POP, SM, ONCO). Par exemple, l'exploitation de ces systèmes contribue peu aux apprentissages des acteurs puisque la lecture de la trajectoire d'utilisation des clients est difficile à réaliser. Enfin, l'adaptation des cadres législatifs, réglementaires et financiers à une mise en réseau des RSI relève en grande partie de l'administration centrale. L'importance d'orientations claires et d'un fort leadership au niveau central pour le déploiement des RSI importe également pour les acteurs au niveau local (POP, SM, ONCO).

3. Analyse des effets

Comment se traduisent les résultats intéressants décrits lors de l'analyse de déploiement des RSI sur les effets appréciés par les démarches d'évaluation? Deux types de résultats sont rapportés : dans un premier temps, ceux touchant la qualité des soins puis d'autres effets plus ultimes. Pour l'expérience ONCO, l'analyse de la qualité des processus de prise en charge des clients montre que les pratiques des équipes interdisciplinaires se rapprochent de celles préconisées dans le PQLC. Ainsi les pratiques professionnelles, appréciées à partir d'une vignette soumise à des équipes interdisciplinaires^{23,44} et d'indicateurs quantitatifs construits à partir d'une base de données informatisées²³, prennent davantage en compte l'ensemble des besoins des personnes dans leur globalité tout en favorisant l'habilitation des personnes et l'humanisation des soins. Pour l'expérience SM, on note une convergence des différents points de vue exprimés par les patients, leurs proches et par les intervenants²¹, à partir d'entretiens de groupes et de questionnaires, quant à une amélioration de la qualité des services pour la clientèle dont la perception d'une amélioration de la globalité des soins, de la continuité des soins et, pour certains services, d'une accessibilité accrue. Enfin pour l'expérience POP, l'enquête populationnelle, à laquelle a participé plus de 300 répondants²⁰, rapporte la perception d'une bonne qualité des soins de première ligne.

Des informations concernant l'impact de la mise en réseau sur d'autres effets que la qualité des soins sont limitées pour les expériences rapportées. Quelques données sont disponibles pour le projet POP. Ainsi des tendances pour la clientèle diabétique (n=22 usagers) sont à l'effet d'une augmentation de la satisfaction à l'égard des soins reçus et de la qualité de vie. Ces résultats pourraient être attribuables en partie de l'enseignement reçu grâce au projet. Une hausse des coûts privés a cependant été rapportée par cette clientèle. Par ailleurs, l'enquête populationnelle (plus de 300 répondants) rapporte la perception d'une bonne satisfaction à l'égard des soins de première ligne reçus.

Conclusion

La Montérégie s'est avérée être un terrain fertile à l'expérimentation d'expériences diversifiées de RSI. Une grande diversité de stratégies d'intégration ont été privilégiées dans la première phase de déploiement de ces RSI. L'innovation apparaît plus forte pour

le volet clinique que pour le volet administratif. Nous rapportons des résultats intéressants particulièrement au niveau de l'intégration normative et de l'intégration clinique. En effet, une culture de collaboration se répand dans tous les RSI et nous notons une formalisation de l'action collective. Par ailleurs, l'intégration budgétaire et informationnelle restent notamment à consolider. Les démarches d'évaluation rapportent également des effets intéressants au chapitre de la qualité des soins.

La bonne performance rapportée pourrait cependant être raffermie. À cette fin, il importe de poursuivre la recherche pour une plus grande cohérence des différents leviers d'action du système de soins ainsi que de modes de gestion et de fonctionnement locaux renouvelés et davantage aptes à soutenir l'action collective^{8,13-15,23,43}. Par exemple, la poursuite du déploiement des RSI pourrait devoir obliger les gestionnaires et les cliniciens à s'engager dans un examen attentif des micro-processus de production¹⁴.

Dans le cadre de l'avènement de «véritables réseaux intégrés de soins intégrés» au Québec, la voie est ouverte pour la poursuite de la transformation, de l'expérimentation et de l'évaluation d'interventions visant entre autres à renforcer la responsabilité populationnelle des pourvoyeurs de services. La nécessaire ouverture des RSI à l'ensemble des partenaires des continuums de soins, dont ceux de la santé publique, pourrait être facilitée par la mise en œuvre des projets cliniques qu'ont à définir et à réaliser les nouveaux Centres de services de santé et de services sociaux. À l'instar des RSI, la dernière réforme structurelle qu'expérimente le système de soins québécois vise en effet une meilleure adaptation des services de santé aux besoins de la population. Les défis sont nombreux mais des voies de solution sont disponibles. Restent à expérimenter et à mettre en lumière les interactions complexes amenés par les déploiements de RSI notamment les processus d'apprentissage soumis à différentes influences dont les dynamiques interprofessionnelles, interorganisationnelles et celles des acteurs locaux avec les paliers régional et central.

Bibliographie

1. Burns LR, Pauly MV. Integrated Delivery Networks: a detour on the road to integrated health care?. *Health Affairs* 2002;21(4):128-143.
2. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthcare Papers* 2000;1(2):13-35.
3. Mitchell SM, Shortell SM. The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: a Typology for Research, Policy and Practice. *The Milkbank Quarterly* 2000;78(2):241-289.
4. Oliver AL, Ebers M. Networking Network Studies: An Analysis of Conceptual Configurations in the Study of Inter-organizational Relationships. *Organization Studies* 1998;19(4):549-583.
5. Provan KG, Milward HB. Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review* 2001;61(4):414-423.

6. Provan KG, Milward HB. A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly* 1995;40:1-33.
7. Barber JB, Koch KE, Parente D, Mark J, Davis KM. Evolution of an integrated health system: A life cycle framework. *Journal of Healthcare Management* 1998;43(4):359-77.
8. Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: promise and performance. *Frontiers of Health Services Management* 1996;13(1): 3-40,57-58.
9. Bourgueil Y, Brémond M, Develay A, Grignon M, Midy F, Naiditch M, Polton D. L'évaluation des réseaux de soins ; Enjeux et recommandations. Paris et Saint-Maurice : CREDES et Groupe Image-Ensp; 2001.
10. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2000.
11. Marriott J, Mable AL. Modèles intégrés. Tendances internationales et conséquences pour le Canada dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Sainte-Foy : Multimondes (Études commandées par le Forum national sur la santé, volume IV); 1998; 557-696.
12. Romanow RJ. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada - Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
13. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1996.
14. Lamothe L. La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion* 2002 ;27(3) :23-30.
15. Langlois A-M, St-Pierre M, Bégin C. Les réseaux intégrés : possibilités, limites et enjeux dans *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*. Saint-Nicolas : Presses de l'Université de Laval; 2003; 145-174.
16. Markham, B, Loman J. Review of the multi-hospital arrangements literature: Benefits, disadvantages and lessons for implementation. *Healthcare Management Forum* 1995;8(3):24-35.
17. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Administration* 1993;38(4):467-488.
18. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, Beaulne G, Lesage D. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : rapport détaillé. Montréal : Agence de développement de réseaux

locaux de services de santé et de services de Montréal (Direction de santé publique); 2005.

19. Cazale L, Touati N, Fleury M-J. Expérimentations et évaluations de mise en œuvre de réseaux de services intégrés : trois expériences de la Montérégie dans Gouverne et régulation des services de santé et services sociaux au Québec. (à paraître).

20. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Sicotte C, Touati N, Rodriguez C, Nguyen H. Projet de capitation dans la Municipalité Régionale de Comté du Haut Saint-Laurent (tome 2). Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (rapport du projet QC-431 remis au Fonds pour l'adaptation des services de santé); 2001.

21. Fleury M-J, Ouadahi Y, Grenier G, Cazale L, Perreault M. Évaluation du projet de démonstration de mise en réseau des services en santé mentale sur le territoire du CLSC Longueuil-Ouest : Rapport final. Verdun : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas; 2003

22. Rho G, Nguyen H, Tourigny G, Cazale L, Morin-Blanchet C, Franco A. Projet de capitation dans la Municipalité Régionale de Comté du Haut Saint-Laurent (tome 1). Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (rapport du projet QC-431 remis au Fonds pour l'adaptation des services de santé); 2001.

23. Roberge D, Denis J-L, Cazale L, Comtois E, Pineault R, Touati N, Tremblay D, Latreille J. Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie; Rapport final de recherche. Greenfield Park : Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 2004

24. Yin RK. Case study research: design and methods (2nd edition). Thousand Oaks: Sage publications; 1994.

25. Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park, California: Sage Publications; 1990.

26. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures revue transdisciplinaire en santé 2001;8(2):38-52.

27. Benson JK. The interorganizational network as a political economy. Administrative Science Quarterly 1975;20(june):229-249.

28. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies. Montréal : Agence d'Arc Inc.; 1986.

29. Starfield BH. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York : Oxford University Press; 1998.

30. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport de recherche soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002.

31. Parse RR. L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie. De Boeck Université; 2003.

32. Ackerman FK. The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review* 1992;17(3):81-88.
33. Hutchens GC. Differentiated Interdisciplinary Practice. *Journal of Nursing Administration* 1994;24:52-58.
34. Baggs J, Schmitt M. Collaboration between nurses and physicians. *Image Journal of Nursing Scholarship* 1988;20(3):145-149.
35. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Rapport annuel d'activités 2003-2004. Longueuil : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (Direction de la planification et des affaires publiques); 2004.
36. Sauvageau Y. Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CLSC. Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Direction de la santé publique); 2003.
37. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Pour une garantie de services ; plan stratégique 2003-2006. Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2003.
38. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec; 1998.
39. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Transformation des services de santé mentale, état d'avancement du plan d'action de décembre 1998. Québec : Gouvernement du Québec; 2001.
40. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Lignes directrices pour l'implantation des réseaux de services intégrés. Québec: Gouvernement du Québec; 2002.
41. Comité consultatif sur le cancer. Programme québécois de lutte contre le cancer; Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Québec : Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec); 1997.
42. Provan KG, Milward HB. Integration of Community-Based Services for the Severely Mentally and the Structure of Public Funding: a Comparison of Four Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1994;19(4):865-895.
43. Pointer DD, Alexander JA, Zuckerman HS. Loosening the Gordian Knot of Governance in Integrated Health Care Delivery Systems. *Frontiers of Health Services Management* 1995;11(3):3-52.
44. Cazale L, Tremblay D, Roberge D, Touati N, Denis J-L, Pineault R. Développement et application d'une vignette pour apprécier la qualité des soins d'équipes interdisciplinaires : exemple d'une expérience québécoise pour la clientèle en oncologie. *Perspective soignante* 2005 (article soumis).