

Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre

André-Pierre Contandriopoulos

Département d'Administration de la santé et GRIS, Université de Montréal

Jean-Louis Denis

Département d'Administration de la santé et GRIS, Université de Montréal

Nassera Touati

Département d'Administration de la santé et GRIS, Université de Montréal

Rosario Rodriguez

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, and Faculty of Management & Center for Strategy Studies in Organizations, McGill University

Article
original

Résumé :

Le texte montre en quoi l'intégration des soins représente une solution potentielle aux dysfonctionnements des systèmes de santé. Définie sommairement, l'intégration, consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier. La cohérence recherchée par l'intégration résulte de la mise en œuvre de façon durable dans le temps des cinq (5) dimensions du processus d'intégration : l'intégration des soins ; l'intégration de l'équipe clinique (intégration médicale selon Shortell, 1996) ; l'intégration fonctionnelle ; l'intégration normative ; l'intégration systémique. Le processus de changement qui peut prendre naissance à n'importe quel niveau d'intégration représente une transformation radicale dont la mise en œuvre est exigeante.

Mots clés : Intégration des soins, dimensions de l'intégration, processus de changement.

Introduction

L'intégration des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous. Nous tentons d'en préciser le sens

en rappelant, dans une première section, les raisons qui justifient son introduction dans le domaine de l'organisation des soins. Dans la section deux, nous proposons une définition générale de l'intégration qui est suivie, section trois, par une définition des grandes dimensions

de l'intégration. Nous concluons en présentant les enjeux de la mise en œuvre du processus d'intégration des soins.

I. Pertinence

L'intégration des soins est la façon par laquelle les sociétés développées, partout dans le monde, espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé, entre autres la fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès inéquitable à certains services, ... (CESSSS, 2000; Contandriopoulos *et al.*, 2000; Ackerman, 1992). Quatre grands facteurs sont à l'origine de la nécessité d'accroître l'intégration des soins et services.

- 1) Les attentes de la population à l'égard du système de soins sont considérables et contradictoires. Les sondages révèlent tous qu'une très grosse majorité de la population voudrait pouvoir compter sur un système qui garantirait à tous un accès libre et équitable à des soins de qualité, tout en refusant de payer plus d'impôts ou de cotisations sociales. Deux exemples illustrent cette ambiguïté. À l'échelle du Canada, plus de 80% de la population indique que le système de santé devrait simultanément valoriser l'efficacité, l'égalité d'accès, la qualité des résultats, la prévention, la liberté des choix, la compassion et la souplesse (Forum National sur la Santé, 1997). Au Québec¹, 87% de la population est favorable à ce que l'essentiel du système de santé demeure gratuit, public et universel alors que 81% s'oppose à une augmentation d'impôts pour mettre plus d'argent dans le système de santé. De plus, il faut noter que depuis le milieu des années 90, l'inquiétude de la population à propos de l'avenir des systèmes de soins augmente. Au Québec, 78,5% de la population pense que la qualité des services se détériorera dans le futur (CESSSS, 2000).

Ces résultats expliquent que la plupart des pays démocratiques se pose une question à la fois très simple et pourtant fondamentale: *Comment faire pour qu'au 21^e siècle tous les citoyens aient accès de façon libre et équitable—quand ils sont*

souffrants—à des services de qualité dans un contexte économique hautement compétitif? Cette question est fondamentale parce qu'elle renvoie aux trois grandes valeurs autour desquelles les sociétés démocratiques modernes sont organisées: l'équité, la liberté individuelle et l'efficacité. Le but de toute société est en effet de trouver, compte tenu de sa richesse, de son histoire, de ses traditions, de sa culture, la meilleure façon d'organiser ses ressources, en particulier dans le domaine de la santé, pour respecter le mieux possible ces trois valeurs (Petrella, 1996). La difficulté est amplifiée par le fait que plus on progresse par rapport à une des valeurs, plus il devient difficile de ne pas régresser par rapport à au moins une autre. L'intégration des soins est le processus qui permet de sortir de l'impasse. En améliorant l'efficacité des ressources, il rend possible le maintien de l'équité et le respect des libertés individuelles.

- 2) La deuxième série de facteurs motivant le recours à l'intégration des soins résulte des tensions grandissantes qui existent entre, d'une part, la dynamique de croissance du système de soins et, d'autre part, les pressions économiques que l'État exerce sur le système de soins pour équilibrer son budget (Contandriopoulos, 1998).

La dynamique de croissance est créée par l'élargissement du champ légitime d'intervention du système de soins. Cet élargissement résulte de l'interaction entre, d'un côté, l'expansion des capacités d'intervention de la médecine découlant du développement des connaissances et des techniques² et, d'un autre côté, l'élargissement du domaine d'application de la médecine induit par le vieillissement de la population et l'apparition de nouvelles maladies.

La nécessité pour l'État de contrôler la croissance des dépenses de santé résulte des pressions que la mondialisation, et en particulier la mondialisation des marchés financiers (Ramonet 2001), exerce sur les finances publiques, et donc sur le financement du système de soins. Pour conserver un espace suffisant d'autonomie démocratique, l'État a dû équilibrer son budget et pour ce faire,

il a dû contraindre la dynamique de croissance du système de soins. Pour que ces contraintes ne remettent pas en cause sa légitimité en empêchant le système de soins de répondre aux attentes de la population, il doit encourager l'intégration des soins. En effet, ce processus constitue un moyen pour redynamiser le système de soins et mobiliser les innovations qui lui permettront de répondre aux attentes de la société en termes d'accès aux soins et de qualité des services.

- 3) Les difficultés qu'éprouvent les systèmes de soins à s'organiser pour répondre de façon cohérente et efficiente aux attentes de la population résultent en partie de leur incapacité à repenser les fondements de leur régulation. Cette dernière résulte en effet de la coexistence de quatre logiques de régulations différentes – professionnelle, technocratique, marchande et démocratique – dont l'articulation est difficile (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). Non seulement parce que leurs fondements sont largement incompatibles, mais surtout parce qu'elles constituent une source importante de légitimité pour l'un ou l'autre des grands groupes d'acteurs que l'on retrouve dans tout système de soins : les professionnels ; les gestionnaires et les planificateurs ; le monde politique dans ses dimensions représentatives et démocratiques ; et le monde marchand.

Si l'on veut que la trajectoire d'évolution du système de soins change de direction de façon à mieux intégrer les différents services pour offrir à toute la population des services de qualité, de façon équitable et efficiente, il faut repenser le rôle et les fonctions de chacune des quatre logiques de régulation et donc, le rôle et les fonctions des différents acteurs du système de soins.

- 4) Les résultats des travaux scientifiques récents sur les déterminants de la santé des populations montrent que les facteurs, les situations, les contextes qui sont porteurs de santé, c'est-à-dire qui accroissent « la possibilité pour le vivant de s'accomplir » (Foucault, 1997), ne sont pas de même nature que les mécanismes qui sont à l'œuvre quand il s'agit de diagnostiquer, de traiter, voire de prévenir des maladies spécifiques (Evans *et al.*, 1996 ; Forum national

sur la santé, 1996 ; Drulhe, 1996) Si les maladies et la santé ne sont pas des phénomènes indépendants, ils ne sont pas pour autant réductibles l'un à l'autre ; la maladie n'est pas l'inverse de la santé (Canguilhem, 1966). Quand une population vit plus longtemps cela ne veut pas dire que les individus qui la compose sont moins malades. La longévité s'accompagne d'une transformation de l'incidence et de la prévalence des différents types de maladie et des causes de mortalité, pas de l'élimination de la maladie. Les modèles explicatifs de la santé sont différents de ceux de la maladie. Tout cela oblige à reconsidérer le rôle et les responsabilités respectives de l'ensemble de la société et du gouvernement en regard de la santé et celui des ministères de la santé (Forum national sur la santé, 1996 ; CESSSS, 2000). Ces derniers devront vraisemblablement recentrer leurs énergies sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les interventions palliatives des maladies spécifiques. Et c'est là-dessus, qu'ils devraient rendre des comptes et non sur la santé des populations au sens large du terme sur laquelle ils n'ont que peu ou pas de prise. L'intégration des soins favorise le recentrage du système de soins sur la maladie. L'influence de l'amélioration de l'intégration de soins sur la santé au sens large du terme est vraisemblablement importante mais indirecte. Elle résulte non pas seulement de la réduction du poids de la maladie mais beaucoup plus de la redistribution des ressources dans la société qui est générée par l'existence d'un système de soins public universel et efficace, et de la possibilité d'affecter une partie des gains d'efficacité du système de soins à des interventions collectives porteuses de santé.

En résumé, les gouvernements n'ont donc pas d'autre choix, pour continuer à offrir les services de santé de qualité d'une façon équitable, que de s'engager dans des opérations importantes de restructuration du système de soins. Ces opérations visent d'une façon très générale à inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système de soins.

C'est l'ensemble de ces opérations que cherche à appréhender le concept d'intégration.

II. Définition

Nous commençons par donner une définition générale de l'intégration, puis nous précisons comment elle s'applique au domaine de la santé.

Le concept d'intégration a des définitions différentes, selon les disciplines. De façon très générale, l'intégration est le processus qui consiste à établir une interdépendance plus étroite entre les parties d'un être vivant ou entre les membres d'une société (Le Robert, 1998). En d'autres termes, l'intégration est le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif. L'intégration des soins et services transpose au domaine de la santé un concept central à la physiologie selon laquelle l'intégration consiste dans la «*coordination des activités de plusieurs organismes nécessaires à un fonctionnement harmonieux*» (Le Robert, 1998). Dans le domaine économique³, l'intégration renvoie tout d'abord à des actions qui étendent la coordination d'une entreprise sur les cycles de production qui se situent en amont ou en aval de ses activités propres (autrement dit, à l'extérieur de l'entreprise en question), on parle dans ce cas d'intégration verticale. Quand ce sont des organisations similaires qui se regroupent, entre autres pour atteindre des économies d'échelle, on parle alors d'intégration horizontale.

Dans le domaine de la santé, la création de réseau de soins intégrés responsable de prendre en charge les problèmes de santé d'une population est un exemple d'intégration verticale. La fusion d'hôpitaux universitaires constitue une intégration horizontale.

L'économique aborde aussi la question de l'intégration comme un processus de création d'un espace commun ou d'une zone d'échanges entre organisations ou entre sociétés. La création de tels espaces repose sur l'adoption de règles du jeu collectif qui s'imposent à chaque organisation ou société sans détruire leurs valeurs et leurs projets particuliers. L'intégration est, d'une part,

l'opération selon laquelle des entités s'incorporent dans des ensembles plus larges (un individu dans un groupe, un groupe dans une organisation, une organisation dans un ensemble social plus large...). Elle s'exprime, d'autre part, par la pression qu'un collectif organisé exerce sur chacune de ses composantes⁴. En fait, les efforts d'intégration doivent toujours s'accompagner d'une volonté de préserver la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler.

Pour parler de l'intégration des soins, nous partons d'une définition très large dont nous approfondissons les dimensions en les appliquant au domaine de la santé.

L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

Cette définition demande à ce que les concepts d'interdépendance, de coopération⁵ et de coordination soient précisés.

Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs (Bryson & Crosby, 1993), c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coopération des acteurs est donc au centre de la problématique de l'intégration.

La coopération est le mode de relation que des acteurs (organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune; quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et sur la coordination de leur tâches; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable (Benson, 1975). La coopération n'est jamais absolue; elle n'exclut pas la présence de relations

de concurrence, voire de conflits, entre acteurs et organisations. Pour qu'il y ait une coopération durable, la négociation entre les acteurs (et les organisations) et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continues (Friedberg, 1993).

D'une façon générale, la coordination est l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée. Elle vise à mettre en ordre, voire à donner des ordres (Le Robert, 1998). Plus précisément, dans le domaine des organisations⁶, la coordination vise, selon Alter and Hage (1993), premièrement, à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences, ...) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles. Deuxièmement, que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation est garanti et, troisièmement, que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres.

En fait, la coordination existe toujours dans toute organisation mais elle est souvent insuffisante. La coordination se construit de façon délibérée par opposition à un mode de gouverne que l'on voudrait peu structuré et laissé à lui-même comme celui produit par le marché. La coordination témoigne d'un volontarisme fort pour faire fonctionner un système et agencer le comportement des acteurs. Les organisations constituent un espace dans lequel la coordination représente la «main visible» qui agence les rapports entre les acteurs plutôt que le «laissez-faire» qui caractérise le marché. Un des enjeux de l'intégration consiste à créer de nouveaux espaces de coordination entre des acteurs et des organisations autonomes ayant leurs propres frontières.

Le degré de coordination qui doit exister entre des acteurs et des organisations dépend des besoins du projet collectif qui les amène à interagir. Dans le domaine de la santé, il s'agit de la coordination nécessaire pour satisfaire la demande sociale pour des soins et des services accessibles et de qualité.

Trois types de coordination peuvent être définis: la coordination séquentielle, la coordination réciproque et la coordination collective (Alter & Hage, 1993)⁷.

La coordination séquentielle est celle qui existe quand un patient rencontre successivement (en séquence) les professionnels ou les organisations durant un épisode de maladie. Comme sur une chaîne de montage, il y a peu de relations entre les professionnels ou les organisations qui agissent l'un après l'autre. La cohérence de la prise en charge est assurée par la compétence professionnelle de chaque intervenant et souvent par le patient lui-même. Ce mode de coordination est adéquat lorsque le patient a un problème dont le diagnostic est clair et qu'il commande une intervention précise et bien circonscrite dans le temps et dans l'espace. En situation de faible incertitude, pour des problèmes ponctuels, la coordination séquentielle assure de façon simple l'accès à l'expertise ou au professionnel requis. Elle devient insuffisante lorsque l'incertitude augmente et que les besoins d'expertise se manifestent de façon récurrente au cours du temps.

La coordination réciproque est celle qui existe lorsque le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels ou organisations. Chaque professionnel doit tenir compte du travail des autres pour prendre en charge adéquatement les problèmes du patient. Il existe dans ce cas une forte interdépendance entre les intervenants. Quand un patient utilise simultanément plusieurs professionnels, c'est lui, bien souvent, qui est son propre agent de coordination. Quand le problème de santé qui le place dans cette situation n'est pas trop complexe, que le nombre d'intervenants est faible, que l'épisode de soins est assez bien circonscrit dans le temps et dans l'espace, la coordination réciproque peut être satisfaisante. Par contre, quand ce n'est pas le cas, il faut que s'instaure une coordination collective.

La coordination collective est celle qui existe quand c'est une équipe de professionnels ou d'organisations qui assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients selon des modalités décidées ensemble. Cette forme de coordination est requise quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs (et les organisations). Elle est particulièrement bien adaptée à des situations où les problèmes de santé sont multiples ou complexes aux contours flous dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine⁸. Les problèmes chroniques qui menacent l'autonomie des personnes

fragiles correspondent bien souvent à un tel niveau de complexité. La coordination collective oblige, à la fois, à une prise en charge organisée autour du patient et à des ententes formelles entre les acteurs et les organisations pour assurer une accessibilité adéquate à des soins dont la nature est peu prévisible. Pour que la coopération collective puisse s'instaurer, il faut que les ressources soient disponibles et accessibles.

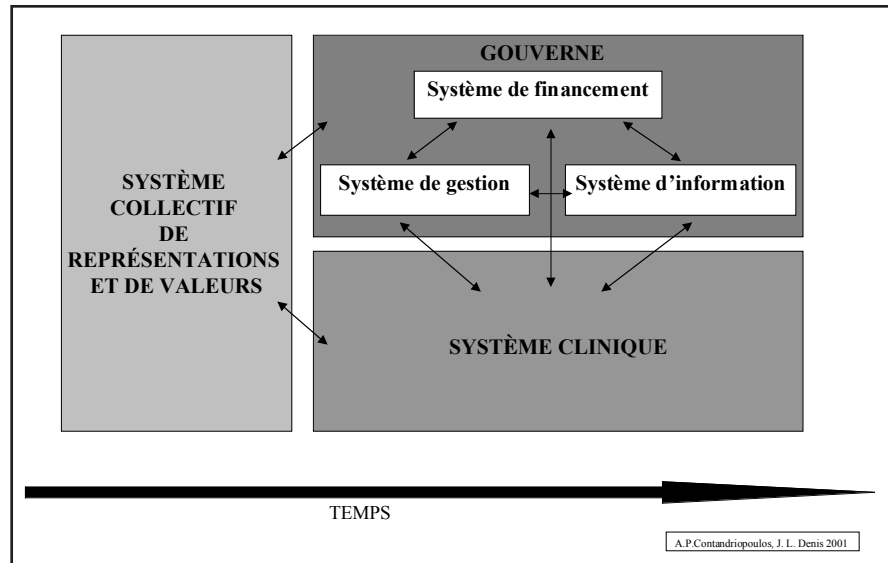


Figure 1: Les domaines couverts par l'intégration.

En somme, l'intensité de la coordination qui doit exister entre les acteurs (et les organisations) est dépendante de la nature du projet collectif qui les amène à coopérer. Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire. Par contre, pour des problèmes simples et ponctuels, la coordination séquentielle est suffisante. Dans un système intégré de soins, on s'attend à ce que l'intensité et la nature de la coordination s'ajustent en fonction des besoins de chacune des personnes dont le système est responsable compte tenu des ressources, des expertises et des technologies disponibles.

Revenons maintenant à la lumière des définitions qui viennent d'être données de l'interdépendance, de la coopération et de la coordination au concept général d'intégration.

Dans le domaine de la santé, il consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et

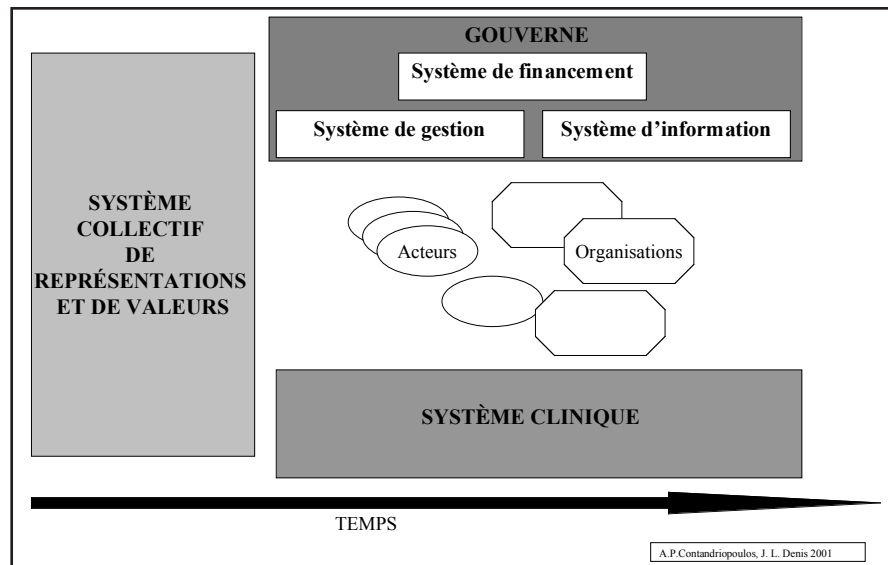


Figure 2: Espace de coopération.

un système clinique (Figure 1) de façon à créer un espace dans lequel les acteurs (les organisations) trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier (Figure 2). On ne peut en effet penser l'intégration que contextualisée.

Le système clinique est constitué des modalités de prise en charge des patients et des règles de bonnes pratiques. Il doit assurer une intégration optimale des soins dans le temps, dans l'espace et entre les professionnels.

La gouverne est formée d'un *système de gestion* (ensemble des règles qui définissent comment le pouvoir et les responsabilités sont distribués); d'un *système de financement* (incitations véhiculées par les modalités de financement du réseau et les dispositifs de paiement des acteurs); et d'un *système d'information* (ensemble des données et de leurs systèmes d'exploitation nécessaires pour que le réseau soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, la tutelle, les patients et la population).

Le système de représentations et de valeurs est défini par l'ensemble des croyances, des valeurs, des schèmes interprétatifs qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et par le fait même, de coordonner leurs actions et de coopérer. C'est lui qui fournit les éléments leur permettant de s'entendre sur une philosophie d'intervention, d'interagir dans un climat de confiance mutuelle et d'évaluer positivement de façon réciproque leur travail.

Ces trois systèmes constituent l'espace à l'intérieur duquel les efforts d'intégration vont se déployer et ce, selon cinq dimensions⁹.

III. Les dimensions de l'intégration

Les dimensions de l'intégration visent à établir une cohérence entre le système clinique, la gouverne et le système collectif d'interprétations et de valeurs qui structurent l'espace dans lequel les acteurs (organisations) interagissent (Figure 2). Les différentes formes (Figure 3) que peut prendre le processus d'intégration, visent toutes, à des degrés divers, à institutionnaliser les relations de coopération entre des acteurs (organisations)

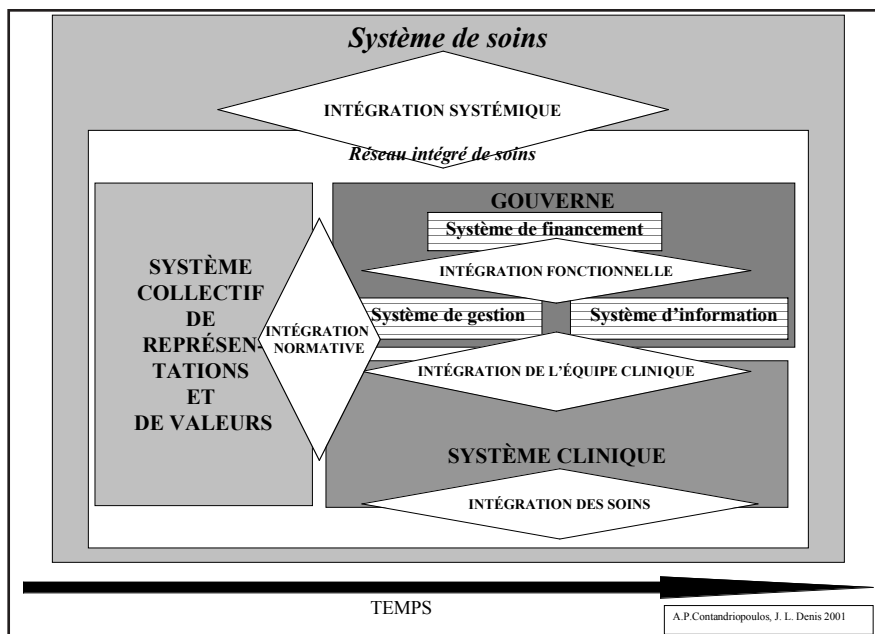


Figure 3: Les dimensions de l'intégration.

en situation d'interdépendance par rapport à un ou des projets communs.

La cohérence recherchée par l'intégration résulte de la mise en œuvre de façon durable dans le temps des cinq (5) dimensions du processus d'intégration (Figure 3):

- l'intégration des soins;
- l'intégration de l'équipe clinique (intégration médicale selon Shortell, 1996);
- l'intégration fonctionnelle;
- l'intégration normative;
- l'intégration systémique.

Les quatre (4) premiers types d'intégration concernent l'interaction des acteurs (organisations) en situation d'interdépendance autour d'un projet collectif et l'intégration systémique concerne les relations entre le système d'acteurs interdépendants au niveau local et l'environnement dans lequel il se situe. On remarque que le concept d'intégration oblige à préciser le niveau d'analyse auquel on se place. L'intégration des soins est un processus qui se déploie au niveau des relations interindividuelles (micro); l'intégration

de l'équipe clinique et l'intégration fonctionnelle décrivent des phénomènes qui prennent place au niveau d'analyse auquel on s'intéresse (un territoire, une organisation, une région,...); l'intégration normative contribue à articuler les relations inter-niveaux; et, finalement, l'intégration systémique vise à s'assurer de la cohérence entre le niveau d'analyse qui nous intéresse et l'environnement (macro).

L'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne souffrante. Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit, à s'assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent dans le temps avec les besoins spécifiques de chaque personne souffrante compte tenu des connaissances disponibles. Selon la nature des problèmes et leur évolution, la coordination devra être plus ou moins développée. L'intégration des soins permet d'assurer une coordination collective pour répondre à des problèmes complexes et chroniques. L'intégration des soins est une des dimensions du processus général d'intégration et elle constitue aussi la finalité recherchée de ce processus.

L'intégration des équipes cliniques (intégration médicale) a deux dimensions:

- la première concerne la constitution d'équipes professionnelles multidisciplinaires (médecins, infirmiers, autres professionnels, intervenants communautaires ...). Ces équipes sont un pré-requis à une offre de soins continue et globale qui, tout en étant stable dans le temps, s'adapte à l'évolution des problèmes;
- la deuxième porte sur l'articulation de ces équipes à la structure du réseau, entre autres, en permettant l'intégration des médecins généralistes et spécialistes au réseau. La participation active des médecins aux équipes cliniques est une condition de réussite de l'intégration des services; cette participation active doit être adaptée à la nature des besoins.

L'intégration des équipes cliniques comprend en plus de la constitution des équipes multidisciplinaires, l'instrumentation (à des fins de coordination)

de ces équipes, en particulier, la mise à disposition de l'équipe clinique, des informations nécessaires pour suivre et évaluer les prises en charge des patients et les résultats obtenus.

L'intégration fonctionnelle vise à créer les conditions qui permettent et qui encouragent la constitution et le fonctionnement durable des équipes cliniques intégrées qui, elles-mêmes, sont nécessaires pour offrir des soins de qualité, continus et globaux¹⁰.

L'intégration fonctionnelle vise à articuler de façon cohérente les systèmes de financement, d'information et les modalités de gestion du réseau. Autrement dit, elle vise à créer une gouvernance commune, explicite, qui permette de prendre des décisions (répartition des tâches, des responsabilités et des recours) cohérentes avec les projets cliniques; à obtenir et distribuer les ressources financières (création d'incitations économiques nécessaires pour inciter les acteurs et les organisations du réseau à coordonner leurs pratiques); et finalement, à mettre sur pied et utiliser un système d'information reflétant la gamme des activités du réseau de façon à aider les décideurs dans leur choix et permettre au réseau de s'adapter à l'évolution du contexte et des besoins en encourageant les acteurs à adopter une attitude réflexive par rapport à leurs pratiques.

L'intégration fonctionnelle n'implique pas nécessairement une intégration structurelle des acteurs et des organisations. Des organisations peuvent conserver de larges marges d'autonomie tout en étant soumises à des incitations fortes pour coopérer avec d'autres acteurs et organisations en vue d'assurer une prise en charge cohérente et d'assumer une responsabilité partagée envers les problèmes collectifs.

L'intégration fonctionnelle peut s'apprécier en considérant le degré selon lequel les fonctions et les activités de support (gestion stratégique, leadership et gouvernance, systèmes d'information, financement) sont coordonnées entre les acteurs et les unités opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système. Les contrats, les alliances stratégiques entre organisations, les fusions d'établissements sont tous des mécanismes ou des initiatives qui visent à établir une gouvernance facilitant la coopération

entre les acteurs (et les organisations)¹¹.

L'intégration normative est celle qui vise à s'assurer qu'il y a cohérence entre, le système collectif de représentations et de valeurs des acteurs et, simultanément, les modalités d'organisation du système intégré et le système clinique.

L'intégration normative, en donnant aux acteurs un système commun de référence, leur permet de coopérer pour réaliser, de façon efficiente, le projet collectif dans lequel ils sont impliqués. Elle permet aussi de penser la gouvernance en fonction des exigences de la coopération et également à sensibiliser les acteurs à l'interdépendance en évoquant l'importance d'une responsabilité collective dans la prise en charge des personnes souffrantes.

L'intégration systémique est nécessaire pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable. Il faut pour cela que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local. Un projet clinique qui répond à la complexité et à l'incertitude des problèmes ne peut résulter d'une simple entente entre professionnels ou entre organisations. Il doit s'appuyer sur un cadre organisationnel et normatif général (principes organisateurs du système de soins) propre à favoriser la coopération clinique. L'intégration systémique implique donc que la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans le système local de soins soient reflétées dans l'environnement plus large. L'intégration systémique renvoie à l'idée que l'on peut parler d'intégration dans le système de soins à plusieurs niveaux; pour qu'il y ait intégration à un niveau donné (une organisation, un territoire local, une région, une entité multirégionale,...), il faut que l'on ait, pour chaque dimension de l'intégration, une cohérence avec les autres niveaux.

Conclusion : la mise en œuvre de l'intégration

L'implantation d'un système de soins intégré est une entreprise longue, difficile et exigeante.

Elle implique, simultanément et de façon récurrente, que les pratiques des acteurs changent et que les relations entre les organisations se transforment.

Ces processus de changement peuvent prendre naissance à n'importe quel niveau d'intégration. On peut commencer à agir aussi bien sur l'intégration des soins que sur l'intégration des équipes cliniques, l'intégration fonctionnelle, ou encore, l'intégration normative.

Toutefois, pour que les changements apportés à l'un ou l'autre de ces niveaux entraînent les acteurs dans de nouvelles relations stables et durables de coopération, il faut que l'intégration s'élargisse à tous les autres niveaux. Ainsi, par exemple, on constate dans plusieurs projets pilotes que la recherche d'une plus grande intégration des soins (point de départ du changement) va très rapidement demander un renforcement de l'intégration fonctionnelle (besoins de plus et de nouvelles informations, nécessité de répartir différemment l'argent, demande pour une plus grande cohérence dans les décisions...), une réorganisation des équipes cliniques et la construction d'une vision partagée de ce qui est adéquat de faire (développement d'une philosophie commune d'action).

On réalise que tout discours sérieux sur l'intégration est en fait l'expression d'une volonté de transformation importante du système de soins. Pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable, il faut que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (intégration systémique). Un projet clinique qui répond à la complexité et à l'incertitude des problèmes ne peut résulter d'une simple entente entre professionnels ou entre organisations. Il doit s'appuyer sur un cadre organisationnel et normatif propice au développement de la coopération clinique. De même, il est difficile d'imaginer qu'un projet pilote puisse fonctionner très longtemps et aller au bout de son potentiel d'innovation, si le reste du système de soins n'entre pas, lui-même, dans un processus général de transformation. Le concept d'intégration systémique pose de sérieuses questions sur l'évaluabilité des projets pilotes et sur l'idée qu'il est possible de porter un jugement sur le potentiel de projets pilotes locaux lorsque

des obstacles à leur implantation et à leur diffusion se situent à d'autres niveaux d'action, entre autres au niveau des principes organisateurs du système de soins.

Le changement dans des systèmes sociaux aussi complexes que celui des soins est, lui-même, un processus social complexe et paradoxal (Figure 4) qu'il faut analyser et comprendre. Son émergence et sa diffusion résultent de la tension irréductible qui existe à un moment donné entre, d'une part, la nécessité de sortir du statu quo—l'environnement exerce des pressions fortes n'ayant aucune raison de cesser—et, d'autre part, sur la réunion des conditions qui sont nécessaires pour que le processus de changement puisse se produire—un fort leadership des idées, du temps et des ressources (voir, entre autres, Denis, Lamothe, Langley, 2001).

En effet, changer les pratiques est un exercice difficile, long et exigeant; il demande la présence de nouvelles compétences et d'un leadership dynamique. Il ne peut exister que si les différents acteurs adoptent des idées nouvelles et trouvent les stratégies de mobilisation en sorte que ces idées amènent à repenser les problèmes et à les appliquer, c'est-à-dire à donner lieu à des solutions nouvelles. Et finalement, il demande des ressources importantes; non seulement des ressources matérielles et financières mais aussi du temps, des informations, de nouvelles connaissances et chez les différents acteurs, de nouvelles capacités cognitives. Le temps renvoie, en fait, au besoin d'interaction entre acteurs pour développer de nouvelles représentations et capacités d'action.

En d'autres mots, pour que le changement apparaisse, il faut:

- qu'il y ait un espace où il puisse se déployer;

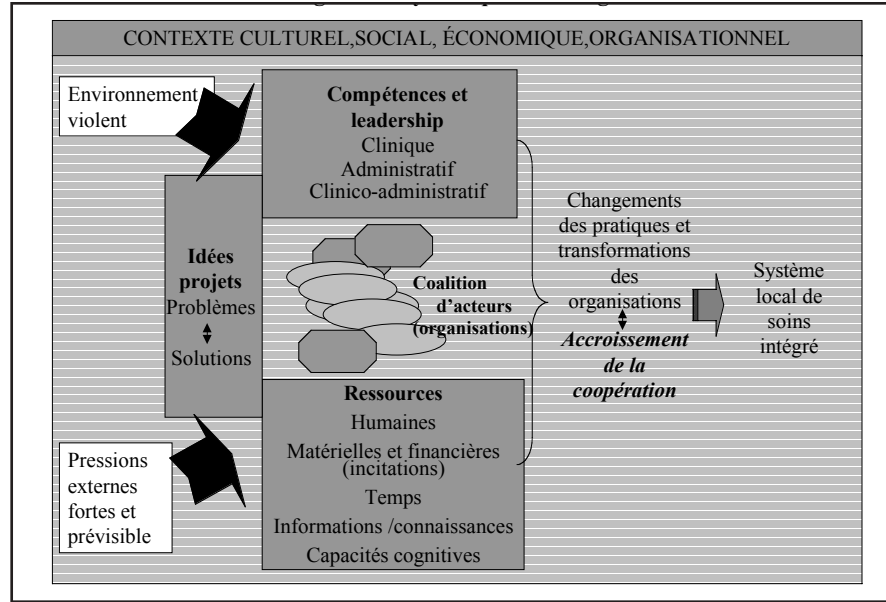


Figure 4: Dynamique du changement.

- qu'il soit encouragé par des modalités organisationnelles favorables;
- qu'il soit perçu par une large coalition d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif excitant et pas seulement imposé de l'extérieur;
- qu'il y ait du leadership.

Le paradoxe du changement c'est que lorsqu'il devient indispensable, les ressources sont généralement rares, le temps est insuffisant pour expérimenter et, trop souvent, on n'a pas de projets crédibles proposés par des leaders légitimes! Il importe donc de penser explicitement les projets d'intégration comme des processus de changement que l'on doit soutenir délibérément. Ainsi, le changement des pratiques cliniques opère en bonne partie selon un mode émergent (Lamothe, 1996; Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999). Les professionnels sont confrontés à des problèmes qu'ils ne peuvent résoudre que localement et qui affectent la nature de leur travail. Or, la nature des changements qu'imposent la division du travail professionnel et le manque de coordination entre acteurs et organisations est difficile à mettre en œuvre par les professionnels concernés. Concrètement, les propositions actuelles pour accroître l'intégration dans le système de soins font toutes référence

à la nécessité de renouveler la gouverne autour de la clinique en vue de valoriser une responsabilisation accrue des professionnels envers les personnes souffrantes. La recherche d'une plus grande intégration ne pourra se satisfaire de changements « naturels » liés à l'évolution des équipes et pratiques cliniques. L'intégration doit valoriser la mobilisation de ressources

favorables à l'émergence des processus de changement (compétences, mécanismes de coordination, organisation, valeurs) nécessaires pour assurer de « meilleures » prises en charge et non l'implantation d'un modèle unique. L'intégration doit se faire avec un souci de flexibilité et d'adaptation en évitant d'uniformiser les règles et le fonctionnement du système de soins. □

Notes

1–Résultats du sondage *Léger marketing*, fait en septembre 2000 sur un échantillon représentatif de la population du Québec (5000 personnes), pour la commission Clair.

2–L'accroissement des connaissances scientifiques et des techniques dans le domaine de la santé comme dans tous les autres domaines ont comme première conséquence d'accroître la productivité au sens large du terme, c'est-à-dire de produire mieux et moins cher des biens et des services nouveaux qui se substituent à ceux qui existent. Dans ces biens nouveaux, la valeur du capital humain augmente par rapport aux prix des matières premières. Les techniques ne remplacent pas l'homme, elles exigent qu'il fasse plus de choses et surtout des choses différentes; la technologie est indissociablement associée à des changements dans les pratiques. Le progrès technologique brise sur son passage ceux dont le travail est devenu inutile mais en même temps il a besoin en permanence de travailleurs plus et mieux formés (Cohen, 1997 et 1999). Le développement technologique est un processus qui se nourrit de ses propres succès, il permet au cours du temps de résoudre des problèmes de plus en plus complexes. Quand une technologie devient trop sophistiquée et qu'elle ne répond plus à la demande sociale, elle laisse, en fait, de la place pour qu'une technologie nouvelle, plus simple et moins coûteuse,

s'introduise et dérange l'ordre institué par la technologie dominante (Christensen *et al.*, 2000). Au fil du temps, les progrès scientifiques et le développement technologique modifient la répartition des problèmes (des problèmes complexes ou relativement complexes deviennent simples et en même temps de nouveaux problèmes complexes apparaissent). Ils ouvrent aussi de nouveaux champs de pratiques en permettant (innovations dérangeantes) à de nouvelles catégories de professionnels d'intervenir sur les problèmes simples, des infirmières par exemple, et en même temps à des médecins d'intervenir, avec compétence, sur des problèmes de plus en plus complexes (Christensen *et al.*, 2000). Ces processus entraînent inévitablement des pressions pour modifier les modes d'organisation du travail et les formes organisationnelles.

3–Dans le domaine économique, l'intégration n'a pas de connotation systémique. L'intégration est ce qui permet de réaliser des gains de productivité ou des économies d'échelle.

4–Cette pression qui sera plus ou moins dosée ou plus ou moins autoritaire souligne bien que l'intégration partage une racine étymologique commune avec l'intégrisme défini comme une « étroite observance de la doctrine et de la tradition » (Le Robert, 1998).

5–Nous ne faisons pas de distinction entre les notions de collaboration «action de travailler en commun» et de coopération «faire quelque chose conjointement avec quelqu'un, participer à une cause commune.» (Le Robert, 1998).

Dans la littérature sur les organisations, certains auteurs utilisent le terme «coopération» pour parler des relations interindividuelles et le terme «collaboration» pour parler à la fois des relations interorganisationnelles et interpersonnelles. Dans la littérature anglo-saxonne, des auteurs comme Aiken *et al.* (1975) considèrent la coopération comme la qualité de la relation entre des personnes qui travaillent ensemble dans une organisation. La coopération est alors un concept bidimensionnel puisqu'il rend compte à la fois des attitudes et des comportements des acteurs. Cette relation est plutôt statique. Ring & Van de Ven (1994) proposent une définition dynamique de coopération qui serait alors assimilable à celle de collaboration. Par ailleurs, Lawrence *et al.* (1999) et Phillips *et al.* (2000) définissent la collaboration comme le processus à caractère coopératif qui prend place entre des organisations. La collaboration est alors conçue comme un processus dynamique de régulation qui opère sur des bases qui ne sont ni celles de la hiérarchie ni celles du marché.

6–Nous donnons à organisation le sens très général de système organisé d'action.

7–Inspirés de la classification de l'interdépendance proposée par Thompson (1967).

8–On peut caractériser les problèmes complexes comme ceux dont le diagnostic et le traitement sont incertains et qui demandent l'expertise et le jugement de plusieurs cliniciens expérimentés (Christensen *et al.*, 2000). Ces derniers doivent exercer conjointement une fonction interprétative complexe (Glouberman et Mintzberg, 2001).

9–Dans cet article, nous n'abordons pas explicitement la question des propriétés structurelles de l'intégration (Alter and Hage, 1993): la concentration des activités (*centrality of work flow*); la taille et la complexité

du réseau interorganisationnel; la spécialisation des unités de réseau (*structural differentiation*); la connectivité, c'est-à-dire la quantité et la qualité des liens qui existent entre les acteurs (organisations) du réseau. Les dimensions structurelles de l'intégration sont analysées par Rodríguez dans l'article «**Scénarios d'intégration: le cas des CLSC urbains: une mission impossible?**» qui paraîtra dans la Revue Ruptures, vol. 9 (1), au printemps 2002.

10–Cette définition reprend en très grande partie celle que propose Shortell (1996) mais, nous ne pensons pas que l'intégration fonctionnelle doive forcément précéder l'intégration médicale et l'intégration des soins. Ces trois dimensions de l'intégration entretiennent entre elles des relations beaucoup plus complexes.

11–La gouverne des interactions ou des échanges entre les acteurs d'un réseau inter organisationnel a fait l'objet de nombreux travaux. Trois grands modes de gouverne peuvent être identifiés: le marché, la bureaucratie et le clan (Ouchi, 1980). L'approche des coûts de transaction repose sur l'idée que les échanges entre les acteurs sont régulés par le marché (Williamson, 1991). Pour Lawrence *et al.* (1999) et Phillips *et al.* (2000) les mécanismes de collaboration entre des acteurs organisationnels s'apparentent à ceux qui existent dans un «clan». Ils sont différents de ceux qui régulent les bureaucraties ou les marchés. Osborne (1997) pense que les relations entre acteurs dans des services publics sont régulés par une combinaison des trois modes de gouverne. Rodríguez *et al.* (2001) ont aussi montré que les trois modes de gouverne coexistaient dans le domaine de la santé. La nécessité de mécanismes hybrides de gouverne est d'autant plus forte que les acteurs qui interagissent poursuivent des buts paradoxaux et qu'il y a de l'incertitude dans la façon d'apprécier la performance des processus de collaboration inter organisationnelle. Contandriopoulos (1999) pour sa part montre que quatre logiques de régulation sont à l'œuvre dans le domaine de la santé; la logique professionnelle–elle s'apparente à celle du clan, la logique marchande, la logique technocratique et la logique démocratique.

Références

- Ackerman, F. K. III (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review*, 17 (3), 81-88.
- Aiken, M., Dewar, R., DiTomaso, N., Hage, J., & Zeitz, G. (1975). *Coordinating Human Services*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Alter, C., & Hage J. (1993). *Organizations working together*. London: Sage Library of Social Research 191.
- Benson, K.J. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20, 229-249.
- Bryson, J.M., & Crosby, B.C. (1992). *Leadership for the common good*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: P.U.F.
- CESSSS (2000). *Les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.
- Christensen CM., Bohmer R, & Kengy J. (2000). Will disturbing innovations cure health care? *Harvard Business Review*, (Sept-Oct):103-111.
- Cohen D. (1997). *Richesse du monde pauvreté des nations*. Paris: Flammarion.
- Cohen D. (1999). *Nos temps modernes*. Paris: Flammarion.
- Contandriopoulos, A.P., Pouvourville, G., Poullier, J.P., & Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In M.P. Pomey, J.P. Poullier, J.P., & B. Lejeune (éds.), *Santé publique: États des lieux, enjeux et perspectives* (pp.637-667). Paris, France: Ellipses Éditions Marketing.
- Contandriopoulos, A.P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In J.P. Claveranne, C. Lardy, G. de Pouvourville, A.P Contandriopoulos, B. Experton (responsables scientifiques). *La santé demain: vers un système de soins sans murs* (pp. 87-102). Paris: Economica.
- Contandriopoulos, A.P., Lauristin, M., & Leibovich, E. (1998). Values, Norms and the Reform of Health Care Systems. In R. Saltman, & J. Figueras (éds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe* (chapitre 15). Open University Press.
- Contandriopoulos, A.P., & Souteyrand, Y., éds (1996). *L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext, 317 p.
- Denis, J.L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. In D. Brock, M. Powell, & C.R. Hinings (éds), *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*. Routledge.
- Denis, J.L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44 (4), 809-837.
- Drulhe, M. (1996). *Santé et société: le façonnement social de la santé*. Paris: P.U.F.
- Evans, R. et al (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé*. Paris: John Libbey Eurotext.
- Forum National sur la Santé (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Paris: Galimard, Seuil.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.
- Glouberman, S., & Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease. *Health Care Management Review*, 26 (1), 54-90.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Ph.D. Thesis, Faculty of Management, McGill University, July.

- Lawrence, T.B., Phillips, N., & Hardy, C. (1999). Watching whale-watching: Exploring the discursive foundation of collaborative relationships. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35 (4), 479-502.
- Le Robert (1998) *Dictionnaire historique de la langue française*. Sous la direction de R Rey. Paris: Dictionnaire Le Robert (3 volumes).
- Osborne, S.P. (1997). Managing the Coordination of Social Services in the Mixed Economy of Welfare: Competition, Cooperation or Common Cause? *British Journal of Management*, 8, 317-328.
- Ouchi, W.G. (1980). Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*, 25, 129-145.
- Petrella, R. (1996). *Le bien commun*. Brussels: Labor.
- Phillips, N., Lawrence, T.B., & Hardy, C. (2000). Inter-organizational collaboration and the dynamics of institutional fields. *Journal of Management Studies*, 37(1), 23-43.
- Ramonet, I. (2001). *Nouveaux pouvoirs nouveaux maîtres du monde*. Montréal: Fides.
- Ring, P.S., & Van de Ven, A.H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, 19 (1), 90-118.
- Rodríguez, R., Langley, A., Béland, F., & Denis, J.L. (2001). Managing Across Boundaries in Health Care. *Proceedings of the 17th European Group of Organizational Studies (EGOS) Colloquium*. Lyon, France: EGOS.
- Shortell, S.M. et al. (1996). *Remaking Health Care in America. Building Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Williamson, O.E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36, 269-296.

Abstract

The text demonstrates how the integration of care represents a potential solution to the dysfunctional aspects of health care systems. Defined succinctly, integration consists of organising coherence between a system of values, a governance and a clinical system, creating a space in which interdependent actors (organisations) find sense and benefit from co-ordinating their practices in a particular context. The coherence sought by the integration of care results in the creating of five (5) fundamental aspects of the integration process: the integration of care, the integration of a clinical team (medical integration, Shortell 1996); functional integration; normative integration, and systemic integration. The process of change which can be initiated at any level of integration represents a radical transformation whose application is difficult.

Biographie

André-Pierre Contandriopoulos, détenteur d'un doctorat en économie de l'Université de Montréal, est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (DASUM) et chercheur au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Il est également chercheur associé au Centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique, Paris, et membre de la Société Royale du Canada. Il a une longue expérience d'enseignement et de consultant non seulement au Québec et au Canada mais aussi en Europe, en Afrique et en Amérique Latine. Ses recherches et publications portent sur l'organisation et le financement des systèmes de santé, la planification de la main-d'œuvre médicale, l'évaluation des interventions, les déterminants de la santé des populations et la pharmacéconomie. En novembre 2001, le Prix pour l'avancement de la recherche sur les services de santé lui fut décerné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé, détenteur d'une Chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé et chercheur régulier au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). Il termine un mandat à titre de membre du conseil d'administration du Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Docteur en organisation des soins de santé de l'Université de Montréal, il œuvre depuis près de quinze ans à titre de formateur auprès des gestionnaires de la santé et de chercheur sur la transformation des organisations et des systèmes de santé. Auteur de publications scientifiques sur le changement stratégique, le leadership et la régulation des organisations de santé, il poursuit actuellement des recherches sur la régionalisation et l'intégration des soins de santé, la restructuration des hôpitaux universitaires et sur le rôle des évidences scientifiques dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.

Nasser Touati est ingénieure à la base. Elle a ensuite complété sa formation par un Diplôme d'Études Approfondies (équivalent MSc) à l'École Centrale de Paris et par un doctorat en Gestion à l'École Supérieure des Mines de Paris. Ses intérêts de recherche concernent les transformations organisationnelles, entre autres les dynamiques d'apprentissage organisationnel. Actuellement, elle poursuit un stage post doctoral au sein du Département d'Administration de la Santé, autour de la problématique de l'intégration des services de santé.

Rosario Rodriguez est boursière postdoctorale des Instituts canadiens de recherche en santé. Elle réalise présentement son stage postdoctoral à l'Université McGill, dans deux facultés: la faculté de médecine (département de médecine familiale) et la faculté de gestion. Médecin de formation (Université de Alicante, Espagne), elle a obtenu son Ph.D en santé publique (option organisation des soins de santé) dans l'année 2000 à l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent, en général, sur l'analyse et l'évaluation des processus organisationnels au sein du système de soins; et en particulier, sur la collaboration interorganisationnelle et le pouvoir dans les organisations de santé.