



Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé?

Michèle ST-PIERRE Ph.D.

Professeur adjoint

Département de management,

Faculté des sciences de l'administration

Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4

Tél : 418-656-2131, poste 4804 - Fax: 418-656-2624

E- mail : Michele.St-Pierre@mng.ulaval.ca

Résumé

Nous sommes à l'ère des réseaux. Aujourd'hui, la stratégie de réseau devient souvent la solution privilégiée qui permet aux organisations de faire face au caractère multidimensionnel des situations; elle est une solution créative pour gérer la complexité. Dans le monde de la santé, cela se traduit par l'émergence, depuis quelques années, des réseaux de services intégrés. Mais comment peut-on passer d'un fonctionnement dit en « silo » où chaque établissement répond encore à ce que Poulin et al. (1994) qualifient d'entreprise *château*, à un fonctionnement en *réseau* où l'emphase est mise sur l'intégration des services offerts à la population plutôt que sur les structures? C'est à partir de l'évaluation de certaines expériences menées au Québec que nous avons examiné la dynamique de structuration des réseaux. Ainsi, il est apparu que si les transformations des cadres d'action influençaient les logiques et les interactions entre les acteurs vers l'adoption des comportements souhaités, les logiques en place influençaient autant l'adoption ou non des modalités structurelles en réseau. Un véritable jeu entre les modes de coordination ou les mécanismes structurels instaurés et l'action des acteurs s'est installé, de telle façon qu'une médiation entre structure et action s'est organisée. Cette médiation repose sur certains facteurs qui semblent incontournables : le respect d'une période de maturation, la réactualisation des compétences axées davantage vers les dynamiques de travail collectif et la circulation adéquate des informations significatives et cohérentes avec l'organisation en réseau. Le facteur temps est devenu une condition essentielle afin que les acteurs puissent sanctionner le fonctionnement en réseau et que celui-ci puisse être appuyé par des cadres d'action qui légitiment les réseaux. De la même façon, l'acquisition de compétences axées sur le développement des partenariats institutionnels et professionnels et la transmission de l'information adaptée aux pratiques communes font état des espaces de régulation à aménager entre structure et action.

Mots clés

Réseau, système de santé, structuration, changement.



Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé?

1. INTRODUCTION

Nous sommes à *l'ère des réseaux* (Turgeon, 1999), dans le monde de la santé comme ailleurs. Aujourd'hui, la stratégie de réseau devient souvent la solution privilégiée qui permet aux organisations de faire face aux impératifs multidimensionnels des situations; elle est « une solution créative pour gérer la complexité » (Poulin et al, 1994 :23). Dans le secteur privé, cette complexité se traduit principalement par une plus grande rivalité des marchés économiques sur la scène internationale et par une dépendance accrue envers les technologies sophistiquées. (Jacob, 2001). Dans le secteur de la santé, c'est surtout le caractère interdisciplinaire et interorganisationnel des soins et des services à offrir à la population qui balise l'envergure de l'intégration des activités à réaliser.

La notion de réseau n'est cependant pas nouvelle dans le secteur québécois de la santé depuis qu'on y a constitué en 1970 « le réseau de la santé et des services sociaux ». Ce réseau est né d'un plan de reconfiguration selon lequel des interdépendances verticales et horizontales devaient se créer et se coordonner quasi-spontanément entre les établissements¹. Par la suite, les différentes réformes des structures ont confirmé que le réseau se limitait à un « appareil où les relations hiérarchiques et la formalisation prédominent » (Turgeon, 1999). Aujourd'hui, parce qu'il faut passer d'un réseau d'établissements à un réseau axé sur les services (AHQ, 1995), plusieurs expériences de réseaux de services intégrés sont tentées un peu partout au Québec. Mais comment peut-on passer d'un fonctionnement dit en « silo » où chaque établissement répond à ce que Poulin et al. (1994) qualifient d'entreprise *château*, à un fonctionnement en *réseau* où l'emphase est mise sur l'intégration des services offerts à la population plutôt que sur les structures? Comment réussir à implanter ces nouvelles modalités organisationnelles sans reproduire les problèmes d'hier? C'est à ces questions que cette présentation s'attarde.

Tout d'abord, la notion de réseau sera étudiée en considérant son double aspect structurel et processuel, ce qui permettra de considérer la dynamique de structuration de l'action. Par la suite, quelques expériences empiriques québécoises seront décrites de façon à comprendre comment la notion de réseau s'articule dans le monde de la santé. En troisième partie, les résultats de l'analyse seront présentés eu égard à l'actualisation d'une influence réciproque des structures et des interactions dans la constitution de l'intégration recherchée. En dernier



lieu, les grands enjeux stratégiques qui balisent l'avenir des réseaux dans le secteur de la santé seront soulevés.

2. VERS UNE DEFINITION « DYNAMIQUE » DES RESEAUX

La notion de réseau a été amplement discutée dans la littérature organisationnelle. Si les réseaux ont été longtemps considérés sous l'angle des structures d'organisation, c'est-à-dire des appareils dont l'objet premier est de mettre en ordre (Lemieux, 1999), aujourd'hui les auteurs constatent qu'il s'agit aussi d'étudier ces réseaux en fonction des interactions entre les acteurs, qui en somme sont les maîtres d'oeuvre des mises en commun nécessaires pour leur fonctionnement.

À cet égard, Jacob (2001) indique que pour innover dans le secteur privé, il faut maintenant prendre en compte la jonction entre le formel - la structure - et l'informel - la convergence des savoirs et des intelligences des individus-. Afin d'opérationnaliser cette idée, Poulin et al (1994) ont développé une définition conçue pour fournir des *outils* stratégiques aux dirigeants d'entreprise et ce, selon quatre composantes. : les nœuds, les liens, les relations et les flux. Les nœuds et les liens réfèrent d'une part, aux entités économiques au sein desquelles l'information doit circuler et d'autre part, à la variété de connexions à effectuer. Les relations entre les partenaires d'un réseau définissent le cadre d'action à articuler et les flux représentent finalement la matière qui circule dans le réseau. Ainsi, un réseau « est formé d'un ensemble de nœuds reliés entre eux par des liens, lesquels permettent à des flux de circuler entre les branches d'une trame dont le cadre est défini par les relations qui caractérisent le réseau » (Poulin et al, 1994 : 39).

Cette définition du réseau concorde avec celle de Lemieux (2000) qui s'intéresse plutôt aux réseaux d'acteurs sociaux et à leur fonctionnement interne. Lemieux traite aussi des liens ou de la nature de la connexion entre des participants, tout aussi bien que des flux par les usages qu'il y décèle. Les réseaux sont pour lui :

[...] faits de liens, généralement positifs, forts ou faibles, tels qu'il y a une connexion directe ou indirecte de chacun des participants à chacun des autres, permettant la mise en commun des ressources dans le milieu interne [...]. Les réseaux ainsi définis ont différents usages [...] les réseaux servent à partager des appartenances, à faire circuler de l'information, à apporter de l'aide, à mobiliser le capital, à relier des agents économiques, et à contrôler les politiques publiques (Lemieux, 2000 : 18-19).

Quel que soit l'objet d'analyse, un réseau implique une certaine circularité entre ses deux aspects indissociables : le processuel et le structurel. C'est à cet égard que le réseau apparaît



comme une manifestation opérationnelle de la dualité du structurel de Giddens (1987). Parce qu'il devient nécessaire de dépasser les anciens antagonismes entre la structure et l'action pour mieux comprendre les réseaux, étant donné la mouvance des structures qui y sont associées, cette posture théorique permet d'envisager que ces structures sont à la fois le médium et le résultat des pratiques sociales de tous les acteurs en cause. Si les structures ont souvent été examinées sous leur aspect contraignant ou comme « des barrières » (Contandriopoulos et al, 1999) pour l'action des acteurs, c'est qu'on a plutôt mis l'accent sur la résultante des pratiques organisées qui, en soi, a une « grande extension spatio-temporelle » (Rojot, 1998); c'est dans ce sens que les institutions apparaissent comme « les traits les plus persistants des totalités sociétales » (Rojot, 1998). Cependant, les structures, aussi solides soient-elles dans le temps et l'espace, sont constituées par des règles et des ressources qui, en plus d'être utilisées par des acteurs, sont reconstituées par eux, étant donné que ces derniers sont capables de réflexivité, c'est-à-dire qu'ils sont aptes à faire valoir leurs connaissances des conditions dans lesquelles ils agissent. C'est en ce sens que Giddens enseigne que les structures sont aussi un moyen d'action; elles sont *habilitantes* pour les acteurs.

Il importe, dans cette perspective de contrainte/habilitation, de considérer la manière dont se structure l'action, davantage que de s'attacher aux seules formes qu'elle prend a posteriori. Autrement dit, il faut s'intéresser à la structuration de l'action. Il s'agit de spécifier les « connexions entre structuration et structure » du fait qu'« étudier la structuration consiste à essayer de déterminer les conditions qui gouvernent la continuité ou la dissolution de structures ou de types de structures » (Rojot, 1998).

L'organisation en réseau dans le secteur de la santé illustre d'autant ce propos par l'obligation qui est faite de sortir des frontières institutionnelles courantes en éliminant les séparations traditionnelles établissement/environnement. En effet, ces réseaux apparaissent comme « une organisation réticulaire » (AHQ, 1995), « un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires » (RRSSS Estrie, 2001), « un rapprochement naturel (de services) » (Larivière, 2001) ou « un système décentralisé (où les) relations entre médecine ambulatoire, les hôpitaux, les cliniques, les CLSCⁱⁱ et les organismes communautaires (sont organisées) » (Contandriopoulos, 2000). La configuration d'un réseau de services intégrés dépend donc de la manière dont se lient les partenaires et peut varier au gré des apports physiques – nouveaux procédés, nouvelles technologies – et humains – compétences différentes, capacités développées – et ce en provenance de *l'intérieur* d'une institution ou d'un établissement ou de *l'extérieur*.



En raison de cet éclatement des frontières organisationnelles, certains auteurs, qui se sont intéressés au secteur de la santé, se sont attachés à définir les grandes dimensions du réseau qui ont à être coordonnées. Ces dimensions incluent :

- le cadre d'action ou l'environnement, qui se concrétise par les différentes composantes du réseau aux différents niveaux organisationnels - local, régional, national - (Contandriopoulos et Denis, 2001);
- la gouverne, qui réfère aux cadres de coordination relatifs à la gestion du réseau - responsabilités attribuées, règles définies -, aux ressources et aux dispositifs financiers, aux informations transmises et à leurs supports logistiques (Shortell et al, 2000);
- l'organisation clinique, reliée aux modalités de prise en charge des patients et aux règles associées à la pratique professionnelle (Contandriopoulos et Denis, 2001; Leat, Pink et Guerriere, 2000; Conrad et Shortell, 1996);
- un système commun de référence (Contandriopoulos *et al.*, 2002; Shortell et al, 2000), qui s'articule dans un système collectif de normes et de valeurs de façon à assurer la cohérence entre la gouverne et le clinique.

Dans ce cadre, les auteurs se sont aussi préoccupés de catégoriser les logiques de régulation à la base de l'arbitrage effectué par les acteurs. La typologie de Contandriopoulos (2002) retient surtout l'attention. Pour lui :

[...] quatre grands groupes d'acteurs [...] interagissent dans le système (selon leur propre conception de la logique qui devrait guider (leurs) décisions. Les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, etc.) valorisent **la logique professionnelle**; les gestionnaires (évaluateurs, fonctionnaires, etc.) fondent leurs décisions sur **la logique technocratique**; le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, compagnies d'assurance, etc.) affirme le supériorité de **la logique marchande** et finalement le monde politique (élus, représentants légitimes de groupes constitués, etc.) s'appuie sur **la logique démocratique** (Contandriopoulos, 2002 :145).

La structuration d'un réseau procéderait alors de la rencontre des structures de l'environnement, de la gouverne et de la gestion du réseau avec les logiques de régulation aptes à les supporter.

Mais comment cela peut-il s'articuler? Qu'est ce qui présage de la production et de la reproduction d'un fonctionnement en réseau? C'est à partir de quelques expériences de réseau tentées au Québec que seront considérées les convergences possibles entre les modes de coordination identifiés dans le secteur de la santé et l'action des acteurs mise en lumière par les logiques qu'ils privilégient.



3. LES EXPERIENCES QUEBECOISES DE RESEAU DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Avant de présenter les principaux enseignements retenus des expériences de réseau à la lumière de la dynamique coordination/action, une mise en contexte méthodologique s'impose afin de situer la démarche d'analyse. C'est ce qui fera l'objet de la première partie de cette section. En seconde partie, les expériences seront sommairement décrites afin de mettre en perspective les grandes stratégies d'organisation adoptées.

3.1. LA DEMARCHE D'ANALYSE

Malgré la diversité des modalités possibles de réseaux de services intégrés, deux tendances semblent se dégager. Brunelle (1998 : 3) estime en effet qu'il est possible de faire une distinction entre « les approches disciplinaires, privilégiant le tandem clientèle précise/offre précise (ex. cancer), versus les approches cherchant à associer une responsabilité de population à un groupe d'offreurs spécifiques ». Les avis sont partagés en ce qui concerne l'intérêt de ces deux formes organisationnelles. Pour certains (RRSSS Estrie, 2001), le réseau en fonction des clientèles ou des problématiques particulières semble être devenu une voie privilégiée, quand pour d'autres, « le réseau intégré sur la base de population (semble) clairement plus prometteur quant à l'accessibilité, la continuité et la productivité » (Pineault, 2001 : 101).

Dans le cadre d'un vaste programme canadienⁱⁱⁱ de financement de projets de réseaux de services intégrés couvrant l'ensemble du Québec, plusieurs tentatives ont été lancées afin d'expérimenter ces diverses modalités organisationnelles. Les projets devaient permettre de contribuer à fournir « des données utiles afin de déterminer les approches qui contribueraient à favoriser des adaptations significatives dans le système de soins et de services de santé » (Desbiens et Dagenais, 2002). Des trente-deux projets^{iv} de services intégrés qui ont été mis en oeuvre et évalués, sept ont été particulièrement retenus pour l'objet de la présente analyse. Ces sept projets représentent les projets phares qui permettent d'illustrer toute l'étendue des conclusions des travaux d'évaluation qui ont été conduits, en fonction des critères de choix considérés^v.

Les projets ont d'abord été classés selon le type de réseau formé : à partir d'une clientèle spécifique ou à partir des offreurs de soins et de services. En ce qui concerne les clientèles ciblées, les projets s'articulent autour d'une clientèle atteinte d'une maladie chronique (diabète, troubles mentaux), autour d'une clientèle vulnérable (personnes âgées) et autour de



la population d'un territoire (mère-enfant). Les projets catalogués selon l'offre de services touchent différents distributeurs de soins primaires et de soins à domicile, conformément aux activités retenues par le FASS. De plus, la situation géographique a été considérée : certains projets ont été menés dans les régions urbaines de Montréal et de Québec et d'autres dans des régions semi-urbaines et rurales en province.

Les sept projets étudiés se distribuent comme suit, de manière à couvrir l'ensemble des caractéristiques des projets FASS:

	Clientèle	Offreurs de services
Milieu urbain	(1) Cas Troubles mentaux (2) Cas Diabète (3) Cas Mère-enfant	(5) Cas Guichet unique
Milieu semi-urbain et rural	(4) Cas Personnes âgées dans les Bois-Francs	(6) Cas Capitation au Haut-St-Laurent (7) Cas Laurentides

Une analyse transversale de contenu, selon les recommandations de Miles et Huberman (1994), a été conduite à partir des évaluations des sept cas considérés. La démarche adoptée est à la fois inductive et déductive. En fait, il s'agissait de comprendre le phénomène de la structuration des réseaux à partir des données empiriques recueillies au moment de la tenue des projets. Ces données ont permis de construire des schèmes interprétatifs issus de la définition d'un réseau qui tient compte des coordinations structurelles et des logiques sous-jacentes. Trois sources d'information ont été utilisées : le rapport final d'évaluation de tous les projets québécois soumis au FASS par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les sept rapports d'évaluation des projets et les données produites lors d'événements de diffusion. De plus, la littérature sur les réseaux dans le secteur de la santé a servi de support aux conclusions élaborées. Ainsi, il a été possible « de dégager les grandes lignes qui traversent les projets et d'arriver à une forme de généralisation analytique (Selon Yin, 1993 cité dans Desbiens et Dagenais, 2002).



3.2. LES SEPT CAS

Les modèles des réseaux par clientèle reposent souvent sur l'instauration de nouveaux mécanismes de coordination susceptibles d'assurer une certaine cohérence, un ordre autour de la problématique visée et de rassembler, par la même occasion, tous les acteurs concernés.

Ainsi, (1) le cas Troubles mentaux a mis en place une équipe de suivi intensif afin de doter les patients d'un plan de traitement individualisé^{vi}, de services et d'un suivi adaptés à leurs conditions. (2) Le cas Diabète s'est structuré autour d'une équipe multiprofessionnelle d'intervention et de deux comités de suivi comprenant d'une part, les responsables immédiats du projet et d'autre part, les professionnels, les gestionnaires et les décideurs régionaux. (3) Le projet Mère-enfant, quant à lui, a constitué une organisation clinico-administrative à deux volets : le premier, composé des directeurs généraux des établissements partenaires, devait définir les orientations stratégiques et gérer le réseau; le second, formé des responsables cliniques, permettait de coordonner les activités. (4) Dans les Bois-Francis, le traitement des personnes âgées avait à s'effectuer par l'intermédiaire d'un gestionnaire de cas^{vii}, de plans de services individualisés, le tout coordonné par trois instances transversales nouvelles : un groupe stratégique formé des directeurs généraux d'établissements et des responsables de certaines associations communautaires, un groupe tactique, constitué des cadres intermédiaires des établissements, dont le mandat était de faire le lien entre les dirigeants au niveau stratégique et les intervenants-pivots du groupe clinique qui formaient la troisième instance.

En ce qui concerne, les réseaux de services intégrés autour de l'offre de soins, ils misent davantage sur une reconfiguration volontaire des services dispensés par les établissements.

C'est de cette façon qu'a été constitué (5) le réseau Guichet unique en CLSC. L'implantation d'un guichet unique^{viii} devait servir de point d'entrée pour un ensemble de services de santé et sociaux du territoire visé. Un cadre de référence indiquait les principes directeurs quant aux services à offrir, aux rôles et responsabilités de chacun des établissements participants et aux communications à établir. (6) Le cas de Capitation au Haut-St-Laurent se fondait sur la contractualisation des fournisseurs de soins qui soumettaient sur une base volontaire des projets novateurs d'intégration de services, selon certaines conditions. Un comité directeur approuvait le financement à partir de l'établissement des priorités territoriales des besoins et s'assurait de la continuité des services entre les établissements. Enfin, (7) le cas des Laurentides reposait sur l'expérimentation volontaire de trois options organisationnelles : la



fusion des établissements, le partage des ressources entre les organisations et l'organisation conjointe de la prestation de services.

4. L'IMPLANTATION : UN JEU ENTRE COORDINATION ET ACTION

Les divers modes de coordination ou les mécanismes structurels instaurés, en tant que médium de structuration de l'action, ont influencé les mises en réseau de telle façon qu'ils ont favorisé les interrelations et les échanges entre les acteurs. Par ailleurs, la considération des interrelations entre les acteurs à travers leurs logiques d'action a permis, à son tour, de faire ressortir les modalités structurelles qui en ont résulté.

À l'égard de ce mouvement d'aller-retour entre structure et interaction, les expériences montrent d'une part, qu'un décloisonnement des établissements, une révision des règles de pratiques et l'actualisation d'un système de partage de l'information participent à l'amélioration de la collaboration entre les acteurs. D'autre part, cette collaboration est en même temps soumise aux logiques ancrées des acteurs, lesquelles conditionnent, à leur tour, les modes de gouverne, de gestion et d'exercice clinique, ainsi que les cadres d'action du système de santé dans son ensemble.

4.1. COMMENT LES STRUCTURES MISES EN PLACE INFLUENT-ELLES LES INTERACTIONS?

Les mécanismes de coordination instaurés, que ce soit le guichet unique de réception des demandes de services, l'équipe mutiprofessionnelle d'intervention, la gestion de cas ou la confection d'un plan de traitement individualisé, administrés par des instances transversales de gestion et de communication, apparaissent souvent être l'épine dorsale des réseaux.

Dans cet ordre d'idée, les expériences montrent que ces modalités structurelles favorisent un décloisonnement institutionnel et professionnel de telle façon que les liens entre les divers intervenants – professionnels et gestionnaires- sont susceptibles de se raffermir. D'une part, un certain partage des différentes logiques professionnelles s'effectue, et d'autre part, on a constaté que les échanges entre gestionnaires et ceux entre gestionnaires et professionnels s'accroissent. Par exemple, dans le cas des Bois-Francis, la présence des intervenants-pivots a contribué à accroître la collaboration entre les différents distributeurs de services, ce qui a permis une meilleure identification de la clientèle potentielle et par conséquent une intervention plus rapide. Dans le cas Troubles mentaux, l'action de l'équipe de suivi a amélioré l'accès aux services, favorisant par la même occasion l'identification des problèmes



multiples (troubles mentaux et alcoolisme). Pour sa part, la structure administrative du projet Mère-enfant a supporté le développement d'une action concertée des cliniciens issus des quatorze partenaires institutionnels impliqués. Il en a été de même dans l'ensemble des cas étudiés où globalement les modalités organisationnelles ont soutenu un resserrement des relations entre les acteurs par une mise en contact plus continue.

Ces rapprochements semblent avoir appuyé la complémentarité entre les établissements et entre les professionnels, en faisant ressortir les liens possibles de collaboration, de manière à ce que les services offerts par les uns complètent ceux offerts par les autres. Les partenaires des réseaux acceptaient d'adhérer aux modalités de coordination tant que les actions portaient sur des activités cliniques et de gestion qu'ils ne pouvaient que difficilement combler eux-mêmes. Ils devaient ressentir un besoin au niveau de leurs conditions d'exercice et s'attendre à ce que ces actions génèrent des bénéfices rapides pour la clientèle desservie. Ce constat rejoint les conditions jugées essentielles à la collaboration selon Wimphmeiner, Bloom et Kramer (1990) : la mutualité du problème, le « timing », le partage des ressources et ce, dans une attitude gagnant/gagnant.

Les mécanismes instaurés ont par ailleurs été implantés à partir d'une révision des normes et des règles de pratique et par l'instauration de mécanismes de communication entre les différents partenaires. Ces modalités structurelles ont pu habiliter les acteurs à intervenir auprès de la clientèle en permettant une utilisation plus appropriée des ressources.

Un ajustement des règles de référence et des modalités d'accueil dans le cas du réseau Mère-enfant a ainsi contribué à rediriger les patients vers des ressources plus adaptées à leurs besoins et conséquemment à utiliser plus adéquatement les ressources ultra-spécialisées du centre hospitalier universitaire. De plus, les activités de formation élaborées conjointement sont apparues prometteuses pour les échanges entre les acteurs. Dans le cas Capitation au Haut-St-Laurent, l'uniformisation des processus de soins par la révision d'une vingtaine de protocoles cliniques et les séances de formation ont initié une concertation apte à consolider la gamme des services offerts.

La création d'un système d'information fiable, capable de supporter le réseau de communication qui s'établit entre les acteurs, est aussi vite apparu incontournable. Au Haut-St-Laurent, l'infrastructure de données opérationnelles et l'interface entre les systèmes clientèles ont autorisé le partage d'informations sur le client et sur le suivi des services, présageant des échanges entre les centres médicaux, les cabinets de médecins et les autres



établissements. De plus, la création d'un dépôt de données d'utilisation des services a produit de nouvelles connaissances transversales utiles pour la gestion du réseau dans son ensemble. Le projet des Bois-Francis a aussi pu être opéré grâce au développement d'un dossier clinique informatisé, lequel assurait la transmission d'informations aux équipes multidisciplinaires et entre les différents services. De manière générale, les mécanismes de communication ont accentué les échanges d'information modulant de ce fait une prise en charge cohérente et continue du patient.

Les structures de gouverne/gestion et du clinique développées dans le cadre des expériences étudiées ont influencé les logiques des acteurs en faisant tomber certaines barrières à l'actualisation d'une réelle complémentarité. Les structures actuelles du système de santé, « encore organisées selon une approche fonctionnelle, s'appuyant sur le flux de clientèle dans (les) murs (de chaque établissement) » (Larivière, 2001), masquent souvent les espaces possibles de structuration de l'action. Au-delà de l'accent mis sur les chasses gardées professionnelles et institutionnelles dans le système de santé, il y a certaines formes de collaboration à exploiter; c'est ce que l'expérimentation des nouveaux modes de coordination a pu faire ressortir.

4.2. COMMENT LES INTERACTIONS INFLUENCENT-ELLES LES STRUCTURES?

Les constats relatifs à la transformation du système de santé vers un fonctionnement en réseau dénotent souvent de l'inadaptation des structures, lesquelles apparaissent comme des « facteurs d'inertie » importants (Desbiens et Dagenais, 2001). C'est pourquoi, l'adoption de nouvelles modalités structurelles est souvent à la base des expérimentations afin de modifier les comportements. Cependant, comme l'indique Giddens, les structures, aussi persistantes dans le temps et l'espace soient-elles, ne sont en fait que le produit de l'agencement des règles et des ressources utilisées par les acteurs. Si l'introduction de nouvelles formes organisationnelles influence l'action des acteurs, il reste que c'est cette action qui, en fait, assure la survie des structures et qui constitue les fondements sur lesquels repose le système de santé.

C'est en considérant les logiques par lesquelles les actions s'articulent, que les expériences de réseau font valoir comment les logiques politique, technocratique et professionnelle soutiennent les modes de fonctionnement et de gestion sur lesquels est établi le système de santé. Or, ce sont justement sur ces bases que se construisent les réseaux.



Parce que l'État joue un rôle de premier plan dans la définition des orientations et la gouverne du système de santé, les logiques qui sous-tendent la définition des politiques publiques, eu égard aux mécanismes de financement et aux modes d'organisation, révèlent les conditions qui y sont associées. Il appert que depuis les dernières années, la durée de vie des gouvernements élus au Québec et particulièrement la brièveté des mandats des ministres de la santé favorisent une logique à court terme, dictée par un agenda politique chargé de rapides réformes socio-sanitaires. Ces transformations successives sans leur achèvement (Desbiens et Dagenais, 2001) n'ont pas toujours accordé le support nécessaire à l'émergence de nouvelles formes d'organisation. Ainsi, l'allocation des ressources aux établissements et les modes de rémunération des professionnels ne concordent pas avec les exigences de transversalité des réseaux. Les gouvernants centraux et régionaux, dont l'horizon temporel est souvent limité, ne semblent pas être à même d'instaurer des mesures qui désacralisent les logiques des gestionnaires et des professionnels, établies après plus de trois décennies de découpage institutionnel et disciplinaire. En effet, d'une part, le mode de budgétisation par établissement qui a cours accentue l'identité corporative en cautionnant une gestion fermée du budget afin de répondre aux impératifs d'équilibre budgétaire et de réduction des listes d'attente. D'autre part, les incitatifs financiers accordés aux professionnels encouragent davantage la responsabilité basée sur des actes individuels, que la continuité et la cohérence d'exercice auprès de la population ou même auprès d'une clientèle particulière (Simard, 2002).

Les gestionnaires qui sont habilités à développer une vision commune d'établissement perçoivent souvent, quant à eux, les structures des réseaux comme menaçantes pour la survie même de leur organisation. Il n'est pas étonnant qu'ils composent des stratégies aptes à servir des intérêts spécifiques (Lamarche et al, 2001), étant donné que les modèles de gestion habituels renforcent les frontières organisationnelles (Larivière, 2001). Plusieurs auteurs notent que les gestionnaires ne sont pas prêts à assumer une responsabilité qui n'est pas toujours compatible avec les aptitudes, les stratégies et les compétences qui les caractérisent (Larivière, 2001, Shortell et al, 1993, Shortell, 2000). Comme le soulignent à juste titre, Van Raak et al (1999), une certaine crainte de prise de pouvoir par une autre composante du réseau peut influencer la mise en réseau. Conséquemment, les gestionnaires instaurent souvent des mécanismes de gestion inadéquats qui ne répondent pas aux pratiques de réseau, lesquelles exigent d'être capable de traduire les intérêts divergents en un tout cohérent.

Les expériences étudiées font aussi ressortir une nette différenciation des cultures professionnelles, ce qui ne correspond pas non plus aux exigences du fonctionnement en



réseau. Dans le cas Mère-enfant, les difficultés de standardisation des pratiques professionnelles ont été attribuées à la volonté des professionnels de conserver leur autonomie dans l'organisation de leur travail. De la même façon, dans le cas Guichet unique, deux constats ressortent : d'abord que la culture professionnelle ambiante s'affirmait au détriment d'une culture d'intégration et ensuite que les intervenants n'étaient pas formés aux pratiques interdisciplinaires et interorganisationnelles. Si Dagenais (2000) remarque que certains obstacles à l'intégration se logent au niveau des valeurs, des représentations et des normes liées à chaque organisation, celles-ci sont doublées, selon lui, des pratiques et des approches souvent divergentes des différents professionnels. À ce dernier égard, Simard (2002) relève la question de la formation comme partie prenante de la création d'une logique professionnelle de différenciation. Il note que :

[...] le bagage de connaissances de chacune des disciplines professionnelles a traditionnellement été davantage développé avec l'idée de définir un champ d'exercice exclusif, souvent en lutte contre d'autres disciplines, plutôt qu'avec celle de contribuer à un ensemble cohérent d'interventions cliniques interdisciplinaires pour des épisodes de soins complexes.

En raison de ces logiques ancrées dans les modes de fonctionnement clinique, les expériences de réseau ont indiqué que « la constitution et la gestion des réseaux sont plus faciles lorsque ceux-ci sont petits et se concentrent sur des problèmes, des clientèles et des technologies spécifiques d'intervention » (Bégin, 2002). Il devient plus difficile, dans ce contexte, de traiter des clientèles à multiples problématiques.

Somme toute, parce que les logiques d'action des acteurs permettent de discerner de quoi se composent leurs interactions, lesquelles sont à la base même de la production et de la reproduction des structures d'organisation, il ne suffit plus de se contenter de plaider en faveur d'un changement structurel pour espérer que les réseaux s'implantent. Il semble devenir nécessaire d'opérer un changement en profondeur qui tient compte des logiques capables de supporter les structures de gouverne, de gestion et du clinique.

5. L'AVENIR DES RESEAUX DE SERVICES INTEGRES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

L'implantation des réseaux dans le secteur de la santé requiert une attention particulière en raison de la dynamique structure / action et l'influence mutuelle de l'une sur l'autre. À cet égard, l'analyse de la structuration des projets d'expérimentation confirme que si la structure ne précède pas nécessairement l'action, l'action ne précède pas non plus la structure. Cela signifie que les changements structurels ne peuvent plus être envisagés comme seuls



préalables à l'intégration, étant donné que les structures reposent elles-mêmes sur des logiques d'action spécifiques. De la même façon, vouloir changer les logiques d'action sans être en mesure de les supporter par des mécanismes adéquats ne peut apporter de résultats permanents. En fait, l'actualisation de véritables réseaux de services intégrés durables nécessite une prise en compte concomitante des transformations conjointes des cadres et des logiques d'action. C'est par la considération des facteurs de médiation entre structure et action que peut se réaliser le changement. Ainsi, trois facteurs ont été mis au jour : le temps, le développement de compétences et l'information.

Les expériences de réseau ont permis de constater que la réalisation du changement commande une certaine période de **temps** permettant aux différentes modalités structurelles de s'implanter et d'être légitimées par les acteurs. Tel que l'indiquent Desbiens et Dagenais (2001 : vii) « les innovations impliquant des changements complexes présentent plus d'incertitude et ne peuvent s'implanter dans un court laps de temps ».

Ainsi, le développement d'une *culture* de réseau ne peut que difficilement se développer sans l'appui constant des gouvernants par le biais du développement des modalités de structuration adéquates. Parce qu'il est apparu que l'actualisation du changement risque de dépasser amplement la durée de vie des régimes politiques et la longueur des mandats des hauts responsables du ministère de la santé, l'établissement de normes budgétaires et l'attribution de ressources financières, concordantes avec le fonctionnement en réseau, semble s'imposer. À cet égard, une révision en profondeur des règles d'allocation des ressources aux établissements et des modes de rémunération des professionnels (Lamarche et al, 2001) apparaît primordiale. D'une part, différents analystes proposent d'introduire de nouvelles formes de répartition budgétaire régionale selon une méthode per capita pondéré où « chaque région serait financièrement responsable de la consommation de services de sa population, peu importe le lieu » (Gouvernement du Québec, 2000 : 160). D'autres études vont dans le même sens en ce qui concerne le financement des services de première ligne qui pourrait alors s'effectuer sur une base *populationnelle et/ou territoriale* (Comité Bédard, 2000; Brunelle, 1996), liée aux besoins et aux caractéristiques des populations, au lieu de la traditionnelle allocation par établissement qui favorise la reconduction des comportements en « silo ». D'autre part, la mixité des modes de rémunération des professionnels devient une des assises sur laquelle reposerait l'incitation à faire travailler les professionnels en réseau (Lamarche et al, 2001; Shortell et al, 2000). Ces propositions rejoignent l'idée que les règles de gouverne



doivent être établies afin de favoriser la production et la reproduction, à long terme, des comportements harmonisés avec les réseaux.

De la même façon, le temps joue un rôle de médiation dans l'implantation immédiate des projets de réseau. Les liens de collaboration clinique et de gestion se forment ou se consolident en autant que la pérennité des projets eux-mêmes soit assurée. Il est apparu, dans le cadre des expérimentations étudiées, que la durée limitée des projets, en raison de la non récurrence du financement accordé, n'incitait pas les acteurs à adhérer aux projets de réseau. Une dynamique pérennité/adhésion est ressortie de telle façon, que l'assurance de la pérennité des projets a constitué un pré-requis à l'adhésion, quand en même temps l'adhésion devenait conditionnelle à la pérennité des expériences (Denis, 2001). Cette dynamique révèle la capacité stratégique des gestionnaires et des professionnels. Pour eux, s'investir dans un projet de partenariat ne se fait pas sans évaluation des bénéfices durables susceptibles d'être escomptés pour l'amélioration de leurs conditions d'exercice professionnel, et en bout de piste pour mieux satisfaire les besoins de la clientèle.

Globalement, le temps devient un facteur de régulation entre structure et action afin que les acteurs puissent sanctionner le fonctionnement en réseau et que celui-ci puisse être appuyé par des cadres pertinents et cohérents.

Si la conduite stratégique d'un projet de mise en réseau exige la prise en compte d'une période de maturation, **l'acquisition de certaines compétences** propres à la concrétisation des réseaux s'est aussi avérée essentielle. L'implantation de nouveaux outils ou mécanismes, les modifications de comportements de gestion et de pratiques ne se réalisent pas, en effet, sans une réactualisation des connaissances et des habiletés des acteurs.

Les gestionnaires ont à consolider des capacités qui leur permettent d'établir l'autorité nécessaire pour mener à bien le nouveau défi de gestion posé par les réseaux. Pour ce faire, ils ont à miser sur leurs aptitudes à planifier, à développer une vision commune autour de certains objectifs et à coordonner un ensemble de variables qui composent la réalité habituelle de gestion. Par ailleurs, ils ont aussi à recontextualiser ces atouts en les élargissant à une dimension réseau plutôt qu'en les réduisant à la dimension d'une seule organisation. La planification stratégique doit être élaborée à partir des clientèles visées par tout le réseau et par les besoins de services à programmer. La logistique qui préside à la constitution des continuums de services doit être précisée par des accords clairement définis entre les partenaires institutionnels et professionnels, dans le respect des différentes appartenances.



Conséquemment, un nouveau leadership, de nature maintenant collective, est à acquérir par les gestionnaires. Tel qu'illustré dans les cas étudiés et en particulier celui des Laurentides, les leaders ont dû agir comme « traducteur et porte-parole », au sens de Callon et Latour (cités dans Amblard et al, 1996), en permettant l'impulsion nécessaire aux changements de forme. Ainsi, les leaders ont à prendre en considération les dynamiques locales et les pratiques existantes qui sont à la base de l'autonomie de fonctionnement, elle-même porteuse d'initiative et de collaboration. Les expériences ont montré que cela ne se réalise qu'à la condition d'associer les divers professionnels à la gestion du réseau, dès sa planification (Lamarche et al, 2001). Ce constat rejoint les conclusions de plusieurs auteurs à l'effet que l'imposition d'un modèle unique de services intégrés mur à mur ne peut atteindre tous les acteurs concernés et à ce titre ne favorise pas l'intégration (Larivière, 2001, Forest et al, 1999, Turgeon, 1999). Les types d'arrangements interorganisationnels sont à définir en fonction des besoins souvent changeants de la population et des évolutions de la technologie (Shortell et al, 2000).

Devant tous ces défis, Lomas (2002) se positionne en indiquant que l'acquisition des compétences de gestion doit maintenant passer par un mariage gestionnaires-chercheurs. Ce mariage peut selon lui permettre d'accroître la crédibilité du gestionnaire face à sa contribution dans l'amélioration de la qualité des soins à offrir. À cet égard, il compare la pratique de la médecine à celle de la gestion en soulignant que si :

Le praticien scientifique - une personne qui associe la recherche sur les devoirs et le contenu de son emploi avec la mise en pratique quotidienne de ses devoirs- est bien établi dans le domaine de la médecine à travers l'épidémiologiste clinique, [...] on ne trouve pas l'équivalent dans le domaine de la gestion. Où sont les chercheurs-gestionnaires dans le système de santé, payés pour remplir une fonction spécifique et pour faire de la recherche sur cette fonction simultanément?

Lomas préconise alors, à l'instar de Ferlie et al (2000) « le développement de rôles hybrides de chercheur-praticien ».

Quoi qu'il en soit, le gestionnaire doit sans cesse inventer de nouvelles façons d'appréhender le changement, de manière à passer « de la gestion du changement à la gestion de la capacité de changer » (Demers, 1999).

Quant aux professionnels, c'est par une révision de leur cursus vers un engagement au travail d'équipe interdisciplinaire qu'il semble possible d'envisager qu'ils puissent réellement être en mesure « de contribuer à un ensemble cohérent d'interventions cliniques [...] pour des épisodes de soins complexes » (Simard, 2002). Il semble qu'il faille s'engager dans une



réflexion sur un élargissement de la responsabilité professionnelle, axée jusqu'ici sur les actes individuels, vers plutôt une responsabilité fondée sur l'état de santé du patient, donc sur la continuité et la cohérence des soins qui lui sont attribués. L'autonomie professionnelle risque alors de revêtir une autre dimension que celle habituellement envisagée à travers le caractère exclusif de la décision professionnelle et du contrôle sous jacent (Freidson, 1984).

L'ensemble de ces compétences de gestion et professionnelles vu comme de nouvelles ressources à acquérir, au sens qu'en donne Giddens, contribue à asseoir la maîtrise indispensable à la mise en place des réseaux. Cependant, il s'agit là d'une dynamique entre structure et action qu'il faut sans cesse réinventer.

Il en va de même pour le dernier facteur mis au jour lors de l'analyse des cas considérés : la **transmission de l'information**. Comme partie prenante de la structuration de l'action la communication (Giddens, 1987) adaptée aux pratiques communes s'est révélée apte à établir un espace suffisamment signifiant pour les acteurs pour leur permettre de concrétiser la mise en réseau. Les expériences ont en effet démontré que la capacité qu'ont les acteurs à partager les informations accélère ou freine les échanges et que cette capacité est souvent balisée par l'historique des relations établies entre les partenaires. Dans ces conditions, il importe de miser sur les processus existants tout en élargissant les espaces qui permettent une lecture transversale des situations. À cet égard, la mise sur pied de systèmes d'information permettant de fournir des données sur l'évolution de la condition clinique du patient et sur l'utilisation des services, prédispose à la consolidation des réseaux (Contandriopoulos, 2000; Shortell et al, 2000). Comme le soulignent Lamarche et al (2001 :32) « les modifications des pratiques peuvent [...] être liées à la mise en place d'une gestion efficace de l'interface entre les organisations pour assurer une fluidité de la liaison par une circulation adéquate de l'information [...] ». Par ailleurs, si l'instauration des systèmes d'information adéquats est indispensable pour soutenir un réseau, leur fonctionnement dépend du degré de leur utilité appréciée par chacun des partenaires, et c'est la validité des informations véhiculées par les systèmes qui conditionne le niveau d'appréciation de cette utilité. En somme, une meilleure communication entre les acteurs n'est pas garantie par le seul fait d'instaurer de nouveaux systèmes d'information, mais ces derniers peuvent favoriser les échanges et l'acquisition de nouvelles connaissances, dans la mesure qu'ils s'appuient sur les relations établies entre les acteurs.

L'avenir des réseaux de services intégrés, à travers la lecture de quelques expériences tentées au Québec, dépend donc de la considération de la dynamique de formation et de consolidation



des structures d'organisation dans l'action. Cette dynamique s'articule à travers le facteur temps, comme source de légitimation, le facteur d'acquisition de compétences, en tant qu'assise au contrôle organisationnel et le facteur information, générateur du sens nécessaire au fonctionnement en réseau.

6. CONCLUSION

Si l'intégration des réseaux de services dénote de l'habileté à assembler les pièces propres à chaque service ou soin d'un continuum, elle sous-tend aussi la collaboration entre les fournisseurs et les organisations dans la prestation des services (Leat, Pink et Guerriere, 2000; Bazzoli *et al.*, 1999). Le rapprochement des structures organisationnelles exige alors qu'on s'intéresse autant aux modes de coordination, qu'à l'interdépendance et à la coopération entre les acteurs et ce, dans une réflexion stratégique qui invite, à l'instar de Senge (1991), à dépasser la pensée linéaire à partir de laquelle est associé un raisonnement par image fixe. Force est de constater que, dans le monde de la santé, ce mode de raisonnement n'a pas donné les résultats attendus, car à chaque fois qu'a été introduit un nouveau mécanisme d'organisation ou une nouvelle structure, cela a compromis les délicats processus de régulation permettant au système de fonctionner. C'est ainsi que depuis les années 1960, les solutions structurelles apportées aux maux du système ont contribué à créer des conditions nouvelles propices à la discontinuité et au cloisonnement institutionnel et professionnel, que ce soit par la formation des structures intégrées horizontalement et verticalement (Bergeron et Gagnon, 1994) ou par la transformation des instances administratives régionales (Bégin, 1999; CSMQ, 2001).

Une certaine circularité ou une pensée systémique doit alors se développer en faisant référence « à une combinaison de relations au sein d'une collectivité qui influencent son comportement » (Senge, 1991 : 64). Dans cette perspective, il devient nécessaire de déplacer l'emphase mise au niveau des structures ou des cadres d'action qui ne traduit, en fait, qu'un mode stratégique réactif, pour essayer plutôt d'adopter une attitude créatrice. Si les réseaux supposent « un changement de paradigme » (Lamothe, 2002) en venant « percuter les schémas associés au découpage fonctionnel » (Zarifian, 1996, cité dans Giordano, 1998) des établissements de la santé, il nous faut concevoir l'action organisationnelle de manière « forte ». S'intéresser aux seules coordinations c'est-à-dire à la manière « d'ordonner ensemble » dénote davantage, selon Giordano (1998) d'une version « faible » de la



coopération que d'une véritable recherche de la capacité « d'opérer ensemble, dans un univers intersubjectivement construit » (ibid : 32).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., Livian, Y.-F., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris : Seuil, 1996.
- Association des hôpitaux du Québec, *Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services*, Québec, Collection La reconfiguration du réseau, vol. 2, 1995.
- Bazzoli, G, et al., « A Taxonomy of Health Networks and Systems : Bringing Order Out of Chaos », *Health Services Research*, vol. 33, n° 6, 1999, p. 1683-1717.
- Bégin, C., *Expérience québécoise : Distribution du pouvoir entre les régies régionales et les établissements*, Présentation dans le cadre du Colloque Jean-Yves-Rivard, Montréal, 1999.
- Bégin, C., notes non publiées extraites d'un cours portant sur les réseaux de services intégrés dispensé dans le cadre du programme de formation continue, Département de management, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, 2002.
- Bergeron, P., Gagnon, F., «La prise en charge étatique de la santé au Québec», dans Lemieux, V. et al., *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994, p. 9 -32.
- Brunelle Y., *La capitation régionale, une avenue d'intérêt?* Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996.
- Brunelle, Y., *Éléments de réflexion sur des propositions de gestion intégrée*, Document interne de la Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- Comité Bédard., Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, *Rapport d'étape sur les mesures transitoires 2001-2002*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), par White, D. L. Jobin, D. McCann et P. Morin, *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*, Avis préparé pour le Comité de la santé mentale du Québec (Document de travail, 2001), à paraître.
- Conrad, D. A. et Shortell, S. M., «Integrated Health Systems : promise and performance», *Frontiers of Health Services Management*, vol. 13, n° 1, 1996, p.3-40.
- Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A., Denis, J.L., Champagne, F., Arweiler, D., « Les mesures incitatives et le paiement des ressources », dans Bégin et al., *Le système de santé*



- québécois. *Un modèle en transformation*. Montréal, les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p.123-147.
- Contandriopoulos, A.-P., «Quel avenir pour le système de soins canadien?», *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 1, n° 1, 2000, p.39-43.
 - Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*, Montréal, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal, 2001.
 - Contandriopoulos, A.-P., « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? », *Gestion*, vol. 27, no. 3, Automne 2002, p.142-150.
 - Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*, Montréal, Département d'administration de la santé, Université de Montréal (www.santemontreal.qc.ca), 2002.
 - Dagenais, C. (2000), *Les enjeux de l'intégration des soins de santé. Expériences du Québec*, Synthèse du Colloque de l'Association latine pour l'analyse de systèmes de santé (ALASS), Porto, 22 septembre 2000, Document interne de la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, ministère de la Santé et des Services sociaux.
 - Demers, C., « De la gestion du changement à la capacité de changer : l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui », *Revue Gestion*, vol.24, no 3, automne 1999, p.133-139.
 - Denis, J.-L., *Investir dans l'innovation et le changement : le programme du FASS*, Présentation dans le cadre du Colloque Jean-Yves-Rivard, Montréal, 2001.
 - Desbiens, F. et Dagenais, C. (2001), *De l'innovation au changement. Leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
 - Ferlie et al., « Getting evidence into clinical practice: An organizational behaviour perspective », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol.5, no 2, 2000, p. 96-102.
 - Forest, P.-G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J., Lamarche, P., *Issues in the Governance of Integrate Health System*, Document d'appoint présenté à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 1999.
 - Freidson, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
 - Giddens, A., *La constitution de la société*, Paris, PUF, 1987.
 - Giordano, Y., « Communication et organisations : une reconsidération par la théorie de la structuration », *Gestion des ressources humaines*, no 26-27, mai-juin 1998, p. 20- 35.



- Gouvernement du Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, 2000.
- Jacob, R., *L'entreprise privée et les réseaux : pourquoi, quoi, comment?*, Présentation dans le cadre du Colloque Jean-Yves-Rivard, Montréal, 2001.
- Lamarche, P., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., Vallières-Joly, M., *L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques?*, Québec, non publié, 2001.
- Lamothe, L., « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne », *Gestion*, vol 27, no 3, Automne 2002, p. 23-30.
- Larivière, C., Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation, Document de travail, 2001.
- Leat, P., Pink, G. H., Guerriere, M, « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 1, n° 2, 2000, p. 13-35.
- Lemieux, V., *À quoi servent les réseaux sociaux?* Québec, Les Éditions de l'IQRC, 2000.
- Lemieux, V., *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.
- Lomas, J., « Venir à bout de la mentalité « vous n'êtes pas mon patron » : le rôle des gestionnaires dans l'amélioration de la qualité des soins de santé », *Gestion*, vol. 27, no 3, Automne 2002, p. 75-79.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. *Qualitative data analysis : An expanded sourcebook* (2e ed), Newbury Park, NY, Sage, 1994.
- Pineault, R., «Les propositions de la Commission Clair sont-elles prometteuses? Une analyse de leur cohérence externe et interne», *Ruptures*, vol.8, n°1, 2001, p. 98-105.
- Poulin, D., Montreuil, B., Gauvin, S, *L'entreprise réseau : Bâtir aujourd'hui l'organisation de demain*, Montréal, Publi-Relais, 1994.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts et composante- Résumé*, 2001.
- Rojot, J., « La théorie de la structuration », *Gestion des ressources humaines*, no 26-27, mai-juin 1998, p. 5-19.
- Senge, P., *La cinquième discipline. L'art et la manière des Organisations qui apprennent*, Paris, First, 1991.
- Simard, J.-Y., « Une vision à long terme malgré les problèmes immédiats », *Gestion*, vol. 27, no 3, Automne 2002, p. 31-32.



- Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Mitchell, J., Morgan, K., «Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators», *Hospital & Health Services Administration*, vol. 38, n° 4, 1993, p. 447-467.
- Shortell, S. et al., *Remaking Health Care in America. The Evolution Of Organized Delivery System*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000.
- Turgeon, J., « Les réseaux intégrés : un concept flou mais adapté à l'environnement virtuel de la prochaine décennie », présentation au XXXV^e congrès-exposition de l'Association des hôpitaux du Québec, Palais des Congrès de Montréal, 19-20 mai 1999.
- Van Raak, A., et al., «Understanding the Feasibility of Integrated Care: A Rival Viewpoint on the Influence of Actions and the Institutional Context», *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 14, 1999, p. 235-248.
- Wimpfheimer, R., Bloom, M., Kramer, M., “Inter-Agency Collaboration : Some Working Principles”, *Administration in Social Work*, vol. 14, no 4, 1990, p. 89-102.

ⁱ Verticalement par la constitution d'un système ayant à sa tête le ministère des Affaires sociales, les institutions régionales de gestion et différentes catégories d'établissements. Horizontalement en dotant les établissements de missions complémentaires afin d'actualiser une approche globale de la santé et des soins, en s'appuyant sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale.

ⁱⁱ Centre Local des Services Communautaires.

ⁱⁱⁱ Le programme est celui du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) lancé en 1997. Il s'agissait d'un fonds transitoire de 50M\$ par année, pour trois ans, qui « visait la mise à l'essai et l'évaluation de projets novateurs » (Desbiens et Dagenais, 2002).

^{iv} De ce nombre, quatre projets ne rencontraient pas les critères de choix géographiques considérés dans la présente étude, étant donné que ces projets couvraient l'ensemble du territoire québécois, milieux urbains et ruraux confondus. Il ne restait alors que vingt-huit projets sur les trente-deux mis en œuvre au Québec.

^v La moitié des vingt-huit projets ont été analysés pour en venir à choisir sept projets représentant l'ensemble des caractéristiques recherchées et aptes à assurer la saturation des données eu égard aux préoccupations de la recherche.

^{vi} Il s'agit d'un plan de services où sont fixés les objectifs, les moyens pour les atteindre, les responsabilités des divers intervenants, les modalités de suivi, etc. (Larivière, 2001).

^{vii} La gestion de cas- « case management » - implique la présence d'un intervenant-pivot qui a la responsabilité des clients d'une unité géographique donnée.

^{viii} Le guichet unique « repose sur le principe de procurer un accès à une vaste gamme de services à partir d'une porte d'entrée unique, facilitant les démarches des usagers » (Larivière, 2001).