

L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements?

Louis Demers, Alain Dupuis et Mario Poirier

Volume 27, numéro 2, automne 2002

Les réseaux intégrés de services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014558ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014558ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Demers, L., Dupuis, A. & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92. <https://doi.org/10.7202/014558ar>

Résumé de l'article

Les modes d'organisation hérités d'une époque où dominait l'institutionnalisation des patients sont aujourd'hui caducs. La coordination des services, jadis effectuée à l'intérieur des murs d'un même établissement, relève dorénavant d'intervenants rattachés à des organisations différentes et pratiquant en des lieux différents. Une des difficultés que pose l'intégration de ces services est que les organisations mises à contribution continuent souvent de fonctionner de façon individualiste, ce qui va à l'encontre de l'objectif poursuivi. La solution la plus souvent avancée pour contourner ce cloisonnement consiste à renforcer l'intégration des organisations, ce qui devrait, à terme, favoriser l'intégration des services. Une des façons de réaliser cette intégration organisationnelle est de réduire le nombre d'organisations existantes, par exemple en fusionnant un certain nombre d'entre elles. C'est cette voie, celle de la hiérarchisation, qu'a empruntée la réforme du système québécois de la santé et des services sociaux effectuée au cours des années 1990. D'autres voies, dont celle de l'organisation en réseau, ont aussi été expérimentées durant cette période. Pour juger de la pertinence de ces options, nous proposons de renverser la perspective dominante selon laquelle l'intégration des services passe nécessairement par la mise en place de mécanismes d'intégration organisationnelle. Sans nier l'importance de ces derniers, nous mettons de l'avant que l'intégration des services exige avant tout la collaboration des praticiens qui les dispensent. Sous cet angle, la pertinence d'un mode d'intégration organisationnelle dépend de l'effet qu'il aura sur la capacité et la volonté des praticiens d'agir de façon concertée. Nous soumettons à cet égard que le fait de confier à une même autorité la gouverne des organisations existantes n'est pas la panacée que certains voudraient y voir.



L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ?

Louis Demers*

Alain Dupuis**

Mario Poirier***

Les modes d'organisation hérités d'une époque où dominait l'institutionnalisation des patients sont aujourd'hui caducs. La coordination des services, jadis effectuée à l'intérieur des murs d'un même établissement, relève dorénavant d'intervenants rattachés à des organisations différentes et pratiquant en des lieux différents. Une des difficultés que pose l'intégration de ces services est que les organisations mises à contribution continuent souvent de fonctionner de façon individualiste, ce qui va à l'encontre de l'objectif poursuivi. La solution la plus souvent avancée pour contourner ce cloisonnement consiste à renforcer l'intégration des organisations, ce qui devrait, à terme, favoriser l'intégration des services. Une des façons de réaliser cette intégration organisationnelle est de réduire le nombre d'organisations existantes, par exemple en fusionnant un certain nombre d'entre elles. C'est cette voie, celle de la hiérarchisation, qu'a empruntée la réforme du système québécois de la santé et des services sociaux effectuée au cours des années 1990. D'autres voies, dont celle de l'organisation en réseau, ont aussi été expérimentées durant cette période. Pour juger de la pertinence de ces options, nous proposons de renverser la perspective dominante selon laquelle l'intégration des services passe nécessairement par la mise en place de mécanismes d'intégration organisationnelle. Sans nier l'importance de ces derniers, nous mettons de l'avant que l'intégration des services exige avant tout la collaboration des praticiens qui les dispensent. Sous cet angle, la pertinence d'un mode d'intégration organisationnelle dépend de l'effet qu'il aura sur la capacité et la volonté des praticiens d'agir de façon concertée. Nous soumettons à cet égard que le fait de confier à une même autorité la gouverne des organisations existantes n'est pas la panacée que certains voudraient y voir.

Depuis quelques années, la création de réseaux intégrés de services apparaît comme un passage obligé pour améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des services aux personnes qui requièrent une

* Professeur, Télé-université.

** Professeur, Télé-université.

*** Professeur, Télé-université et psychologue clinicien.

Remerciements

Les auteurs remercient Yolande Pelchat du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières pour ses commentaires.

intervention concertée, comme c'est le cas des personnes souffrant de troubles mentaux graves, des personnes en perte d'autonomie et des personnes affectées par des problèmes de santé chroniques.

L'intégration des services se produit lorsqu'une gamme complète de services est accessible aux usagers qui en ont besoin et que ces services sont coordonnés de façon à ce que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne » sans qu'il ait lui-même à s'affairer pour obtenir ce service. La coordination renvoie aux mécanismes qu'il faut créer et aux actions qu'il faut déployer pour que l'intégration se réalise, à des degrés divers. Une offre intégrée fait appel aux services dispensés par les établissements publics, mais aussi à ceux qu'offrent les organismes communautaires, les médecins de cabinet et les pharmaciens d'officine. Dans sa plus grande extension, elle met aussi à contribution des acteurs d'autres secteurs d'activités comme le secteur municipal, la sécurité publique, l'emploi et l'éducation.

La mise en place de réseaux intégrés de services est une tâche complexe. Elle oblige en effet à revoir une division du travail bien ancrée entre les organisations chargées de produire ces services et entre les praticiens de différentes disciplines qui les dispensent. De façon générale, les auteurs qui se sont penchés sur cette question soutiennent que l'intégration des services passe par l'instauration de mécanismes d'intégration organisationnelle (Leatt et al., 2000 ; Randolph et al., 1997). Celle-ci consiste à mettre sur pied des mécanismes formalisés de gouvernance et de gestion destinés à transformer un amalgame d'organisations en un système organisé de production de services (Shortell et al., 2000). Parmi les moyens suggérés pour favoriser l'intégration organisationnelle figurent la réduction du nombre d'organisations autonomes, notamment au moyen de fusions¹, le partage des ressources et l'adoption d'outils et de systèmes d'information communs.

Cette façon de définir la solution au problème de fragmentation des services se fonde sur une conception technocratique de la gestion qui rejette à l'arrière-plan le fait que l'intégration des services se réalise grâce à la collaboration d'acteurs locaux et, au premier chef, des praticiens qui dispensent les services. Sans nier l'importance des mécanismes d'intégration organisationnelle, nous suggérons qu'on ne peut apprécier leur pertinence qu'en regard de l'effet qu'ils auront sur la collaboration des praticiens. Ce n'est pas parce qu'un mécanisme d'intégration existe sur papier que l'intégration existe sur le terrain. Inversement, ce n'est pas parce qu'un mécanisme d'intégration n'est pas formalisé qu'il ne produit pas d'effets.

Dans cet article, nous rappellerons d'abord pourquoi l'intégration des services gagne en importance, notamment en santé mentale. Nous examinerons ensuite pourquoi la participation des praticiens est essentielle à la réussite de cette intégration des services. Nous exploiterons à cet effet le concept de communauté de pratique, proposé par Lave et Wenger (1991). Nous présenterons par la suite deux modes de gouverne que l'on peut mettre en œuvre pour favoriser l'intégration des services : la hiérarchie et l'organisation en réseau. Nous verrons alors en quoi ces deux modes peuvent influencer sur la capacité des praticiens de contribuer à l'intégration des services.

L'enjeu de l'intégration des services

Le système québécois de la santé et des services sociaux s'est longtemps distingué par son recours marqué à l'institutionnalisation des patients (Commission d'enquête, 1988). Ce constat s'applique non seulement aux services offerts aux personnes souffrant de problèmes de santé physique, mais aussi aux personnes âgées, pour lesquelles fut érigé un important parc de centres d'accueil des années 1960 au milieu des années 1980. Il s'applique également aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle, comme en témoigne notre longue tradition asilaire (Wallot, 1998). Ces modes d'organisation des services cohabitent désormais avec des façons de faire qui font appel à de nouvelles méthodes et à de nouvelles valeurs.

En santé physique, le progrès des techniques chirurgicales et de la médication a permis d'accélérer le virage ambulatoire au milieu des années 1990, à l'occasion de la « réforme Rochon ». La réduction notable du nombre et de la durée des séjours de patients admis et l'accroissement concomitant de l'éventail de services dispensés en consultations externes et à domicile ont considérablement renforcé le rôle des centres locaux de services communautaires (CLSC), notamment en suivi post-opératoire. Du même coup les besoins de coordination des interventions auprès d'un patient entre le CLSC et l'hôpital se sont accrus. Les CLSC ont aussi augmenté leur offre de services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie. Pour permettre à ces personnes de demeurer chez elles le plus longtemps possible, comme elles le souhaitent généralement, il faut non seulement offrir des services directs, mais suivre l'évolution de leur état de santé et intervenir au besoin, ce qui suppose l'établissement de contacts avec le médecin de famille et avec des intervenants d'autres services, comme ceux d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour. Enfin, la désinstitutionnalisation a jeté sur le pavé des milliers de patients psychiatriques. Au fil des ans, une mosaïque de

services, dispensés en consultations externes par les centres hospitaliers psychiatriques et les centres hospitaliers généraux et spécialisés (CHSGS), par les CLSC et par de nombreux organismes communautaires ont en partie comblé les lacunes des premières années de la « désins ». La coordination de ces services est toutefois ardue, non seulement à cause de leur nombre et de leur variété, mais aussi du fait que les praticiens de différentes professions et de différents milieux ne partagent pas toujours les mêmes valeurs. C'est notamment le cas de la façon de se représenter l'utilisateur, que l'on peut voir comme une personne vulnérable qu'il faut prendre en charge ou comme une personne apte à faire des choix (Poirier et al., 1999). En outre, les usagers des services de santé mentale présentent un très large éventail de problèmes. Il est donc impossible de leur offrir des services uniformes.

Au total, l'offre de services à ces trois groupes d'utilisateurs a suivi une progression similaire : des services jusque là offerts par un même établissement cessent partiellement de l'être. Les services de remplacement dans la communauté sont insuffisants, ce qui crée un problème que l'on tente de combler en mettant sur pied une gamme plus étoffée de services. Cette solution engendre un nouveau problème, celui de la discontinuité de ces services : des personnes qui devraient recevoir certains services ne les reçoivent pas ou les reçoivent après un trop long délai, des examens diagnostiques sont inutilement refaits tandis que certains services manquent ou sont inaccessibles.

La coordination des services, autrefois effectuée à l'intérieur des murs d'un établissement, devrait donc relever de praticiens rattachés à des organisations différentes et œuvrant en des lieux différents. Or, encore aujourd'hui, plusieurs organisations du système de santé et de services sociaux reproduisent un mode de fonctionnement « en silo » qui va à l'encontre de cette coordination, comme le notait récemment la Commission Clair (Commission d'étude, 2000). Cet individualisme organisationnel engendre une offre de services fragmentée, inadaptée aux besoins des usagers dont l'état requiert une intervention concertée. Il occasionne en outre des coûts administratifs et de soutien inutiles.

Différents modes de gouvernance ont été proposés pour remédier à ce cloisonnement des organisations et des services. Pour apprécier en quoi leur adoption peut aider ou nuire à l'intégration des services, il nous faut d'abord examiner une condition nécessaire de cette intégration, soit la collaboration des praticiens chargés de dispenser les services.

La collaboration des praticiens : une condition nécessaire de l'intégration des services

En dernière analyse, l'intégration des services dépend de ceux qui font le travail sur le terrain — les praticiens — puisque ce sont eux qui réalisent ou non cette intégration (Fontaine, 2000; Rowe et al., 1998). On sait pourtant peu de choses des conditions qui incitent des praticiens à s'associer aux collègues de leur organisation ou à ceux d'autres organisations et d'autres professions en vue d'offrir des services adéquats et continus aux personnes qui les requièrent. Rowe et al. (1998) notent que trop peu d'attention a été accordée au travail qu'accomplissent au jour le jour les praticiens (*front-line staff*) pour réaliser l'intégration des services, que celle-ci ait été obtenue à la faveur ou en dépit des conditions organisationnelles de leur action.

Ce faible intérêt porté au rôle des praticiens dans l'intégration des services ne doit pas surprendre, compte tenu de la prédominance des solutions globales et formalisées proposées au problème d'intégration des services (Leatt et al., 2000; Randolph et al., 1997). La popularité de ce type de solutions et la négligence du rôle des praticiens participent d'une même conception technocratique de la gestion selon laquelle les problèmes organisationnels résultent d'un manque de planification et d'organisation (Mintzberg, 1982; Peters et Waterman, 1983). Selon cette conception, les solutions à ces problèmes prennent logiquement la forme d'un plan et d'une réorganisation. Ce sont les dirigeants et leurs conseillers — ces « décideurs » — qui sont les mieux placés pour concevoir et superviser cette transformation que les subordonnés n'ont plus qu'à exécuter. Dans cette perspective, le cloisonnement des services de santé se résout par la création de grandes organisations et la mise en place de mécanismes formels d'intégration.

Cette conception technocratique omet toutefois un phénomène relevé depuis longtemps dans les théories de l'organisation, à savoir que derrière la charpente officielle des plans, des organigrammes, des procédures et des politiques se profile une organisation non formalisée sans laquelle aucune organisation ne pourrait fonctionner adéquatement. Le réseau informel et la communauté de pratique relèvent de ce type d'organisation qui fait appel à l'ajustement mutuel des praticiens plutôt qu'à la planification et aux relations d'autorité pour assurer la coordination des services.

C'est dans les années 1930 que les théoriciens de l'organisation ont « découvert » l'existence des groupes informels et révélé leur importance dans le fonctionnement des organisations (Roethlisberger et Dickson, 1939). Les chercheurs de cette époque, et plusieurs autres

depuis, ont montré que ces groupes informels se donnent souvent un ou des meneurs, qu'ils se dotent de normes et que la dynamique sociale qui émerge de ces relations interpersonnelles constitue une sorte d'organisation dans l'organisation susceptible de faire obstacle à l'autorité des gestionnaires. En 1980, Lipsky livrait les fruits d'une étude empirique menée aux États-Unis sur le travail de différentes catégories d'employés du secteur public en contact direct avec des usagers. Qu'ils appartiennent ou non à une profession, ces *street-level bureaucrats* disposent d'une importante marge de manœuvre dans le cadre de leurs fonctions, en dépit des nombreuses règles qui régissent leur travail et de la supervision directe dont ils font l'objet. En fait, curieux paradoxe, c'est parce qu'ils passent outre à de nombreuses règles qu'ils parviennent collectivement à accomplir le mandat de l'organisation qui les embauche.

Dans les années 1990, une série d'études empiriques a dévoilé que cette capacité collective des travailleurs de s'organiser spontanément pouvait bénéficier à l'organisation. Menées auprès de groupes d'employés non professionnels — ouvriers d'usine (de Terssac, 1992), réparateurs de photocopieurs (Orr, 1996), employés de compagnie d'assurance (Wenger, 1998) — ces études montrent que les mécanismes administratifs visant à optimiser les processus de production — plans, règles, descriptions de poste — ne suffisent pas à coordonner les activités des employés, même lorsque ceux-ci accomplissent des tâches automatisées ou routinisées. C'est pourtant pour ce type de tâches en apparence simples et prévisibles que la bureaucratie mécaniste, programmée d'en haut, est censée fonctionner sans heurt (Mintzberg, 1982). La réalité, c'est que dans les systèmes de production les moins complexes, le travail bien fait ne peut être complètement défini et formalisé sous forme de procédures et de règles. La fluidité des processus de production repose sur la capacité des employés à mobiliser l'ensemble des connaissances pertinentes pour inventer collectivement des façons originales de faire fonctionner la « machine », dans des situations toujours partiellement singulières. Lave et Wenger (1991) ont proposé l'expression « communauté de pratique » pour désigner ces groupes de personnes qui s'apprennent mutuellement à accomplir leur travail et qui inventent les façons de le faire en mobilisant les connaissances pertinentes. Ce concept a depuis été repris et étoffé par Wenger (1998) et Brown et Duguid (2000).

C'est entre autres parce qu'elle néglige la contribution de ces communautés de pratique que l'approche technocratique échoue à améliorer l'organisation des services : à trop vouloir organiser le travail par le haut,

on entrave souvent sa véritable organisation sur le terrain. C'est pourquoi, selon nous, en l'absence de communautés de pratique dédiées à la mise en œuvre d'un réseau intégré de services, les mécanismes formels de collaboration interorganisationnelle risquent de demeurer lettre morte ou d'être sous-utilisés. Nous ne prétendons pas que ces mécanismes sont inutiles ou contre-productifs. Nous soutenons plutôt qu'ils n'auront d'effet tangible sur un problème que s'ils font sens pour les praticiens en prise directe avec le problème et que s'ils soutiennent les liens de collaboration au sein de leurs communautés. Cette conception rejoint celle de Hoge et Howenstine qui soulignent l'importance des réseaux informels entre membres d'organisations différentes. Selon eux, « [...] construire ces réseaux informels est un niveau critique d'intervention souvent passé sous silence dans les approches de l'intégration des services qui mettent l'accent sur l'introduction d'une réforme de structures, de mandats ou d'incitations financières (Hoge et Howenstine, 1997, 186 ; notre traduction). Ces réseaux informels et les communautés de pratique sont faits de relations d'échange et d'apprentissage qui, en facilitant l'action, constituent un capital social (Coleman, 1990). Par exemple, si des praticiens de différentes spécialités se font mutuellement confiance, ils pourront plus facilement réussir une intervention auprès d'une personne souffrant d'une « multiproblématique » que s'ils se méfient les uns des autres.

Examinons maintenant en quoi deux modes différents de gouverne des organisations, la hiérarchie et l'organisation en réseau, peuvent influencer sur la création de communautés de pratique structurées autour de la mise sur pied d'un réseau intégré de services. Nous illustrerons notre propos d'exemples tirés des transformations récentes du système québécois de la santé et des services sociaux.

La hiérarchie est-elle la meilleure façon de réaliser l'intégration des services ?

Fusionner des établissements pour assurer l'intégration des services, c'est miser sur la capacité de coordination de la hiérarchie. Celle-ci correspond au modèle traditionnel de gouverne fondé sur les principes de l'unité de commandement, de l'unité de direction et de la délégation de l'autorité (Fayol, 1918/1979). Selon ce modèle, on résout le problème de la compartimentation des services de santé en réunissant dans une même unité administrative placée sous l'autorité d'un seul responsable l'ensemble des activités permettant l'atteinte d'un objectif. En principe, cette hiérarchisation présente les meilleurs gages de succès quant à l'intégration des services car elle offre le degré le plus élevé

d'intégration organisationnelle. C'est, par exemple, ce qu'affirment les auteurs d'un rapport récent sur les stratégies d'intégration de systèmes de services en santé mentale, commandité par le gouvernement ontarien (Durbin et al., 2001). L'argument central qui sous-tend cette affirmation est qu'à la suite d'une fusion, l'autorité hiérarchique de la nouvelle entité abolit les frontières qui séparaient les organisations jusque là autonomes. Il devient dès lors possible d'offrir une vaste gamme de services, de maîtriser l'allocation de l'ensemble des ressources disponibles pour ce faire et de coordonner efficacement le travail de tous les employés.

On obtient notamment cette coordination en uniformisant les règles de fonctionnement et en normalisant les conduites, les mêmes politiques et les mêmes procédures devant, à terme, s'appliquer à l'ensemble de l'organisation. Cette uniformisation concourt à améliorer la productivité lorsqu'elle facilite les échanges à l'intérieur de l'organisation. Elle réduit par contre la variété des façons de faire, ce qui freine l'innovation et restreint le choix laissé aux usagers. C'est par exemple la situation qui prévaudrait si on confiait à un seul centre hospitalier la mainmise sur l'ensemble des services de santé mentale, autant institutionnels que communautaires. Lorsqu'une seule organisation offre l'ensemble des services sur un territoire, elle se trouve *de facto* en position de monopole.

L'uniformisation entraîne en outre l'abandon de façons de faire éprouvées. Des règles non écrites et des communautés de pratique construites au fil des ans risquent de disparaître sans être remplacées, du moins à court terme. Pour cette raison, certains praticiens s'opposent à l'incorporation de leur organisation dans une entité plus vaste. Les foyers d'opposition risquent de se concentrer dans les plus petits établissements puisque ce sont eux qui font généralement les frais des transformations. D'une part, leur poids politique est généralement moindre, leur personnel étant moins nombreux et leurs ressources plus limitées ; d'autre part, il apparaît plus rationnel d'adapter les pratiques d'une minorité à celle d'une majorité que l'inverse.

Les débats sur différents projets d'intégration organisationnelle survenus au milieu des années 1990 dans les cinq bassins de concertation de la région des Laurentides illustrent ce phénomène (Demers et al., à paraître). Dans un de ces bassins, la direction et le personnel du CLSC craignaient qu'une fusion avec le centre hospitalier nuise à la mission préventive du CLSC. On invoquait en outre que cette fusion conduirait à celle des deux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et, du même coup, à l'abandon, au CLSC, d'une

pratique plus libérale de délégation des actes médicaux en faveur des infirmières. À court terme, ces débats ont engendré un climat de méfiance entre les membres des deux organisations qui a nui à l'élaboration de projets d'intégration des services. Dans un autre bassin, le débat s'est plutôt conclu à l'amiable par deux fusions, chaque fois entre un CHSLD et un CLSC. Le fait d'en être parvenu à cette entente a favorisé la concertation sur des projets d'intégration des services.

On peut présumer que cette hiérarchisation a été acceptée parce qu'elle permettait de rationaliser les services administratifs sans bouleverser les façons de faire dans l'un ou l'autre centre. Du point de vue des praticiens, cette option ne soulevait donc pas de menace majeure. Elle pouvait même constituer une occasion de favoriser la continuité des services aux personnes en perte d'autonomie qui recourent aux services des deux organisations. Un autre facteur déterminant du succès de ces fusions est que la taille comparable des organisations visées diminuait le risque qu'une partie domine la relation et impose à l'autre ses façons de faire².

Par contre, lorsque les établissements fusionnés sont de même poids, mais que les missions, les pratiques et les compétences sont concurrentes plutôt que complémentaires le risque est élevé que les parties se figent dans un *statu quo* défensif, comme c'est le cas pour les centres hospitaliers universitaires de Montréal et de Québec. La création du CHUM et du CHUQ à partir de trois hôpitaux existants illustre l'effet nocif sur les communautés de pratique que peut occasionner une hiérarchisation, en particulier lorsqu'elle est imposée. Réalisée dans des conditions financières difficiles et de façon précipitée, cette fusion de grandes institutions hospitalières jusque là concurrentes s'est avérée une entreprise extrêmement ardue dont les résultats demeurent incertains. À court terme, ce douloureux exercice d'intégration a eu pour effet de disloquer plusieurs communautés de pratique présentes dans chaque ancien établissement, comme des observateurs l'ont noté : « Pour certains, le drame réel d'une fusion est qu'il peut détruire ces actifs [le capital social et le savoir tacite que possèdent les membres des communautés de pratique] en vue de créer des bénéfices incertains et abstraits qui requièrent des années de réapprentissage, de conflits de pouvoir et d'ajustement » (Denis et al., 1999, 308 ; notre traduction).

Si des fusions d'établissements de taille égale peuvent se faire en préservant le capital social existant, l'exemple des centres hospitaliers universitaires nous montre que l'inverse peut également se produire. De plus, puisque la réussite d'une organisation dépend en grande partie de l'émergence de relations de collaboration informelles pertinentes et que

cette émergence n'est jamais assurée, concentrer les services dans quelques méga-établissements qui obtiennent un quasi monopole dans leur région est un choix risqué. La solution de rechange reconnue aux grandes bureaucraties, ce sont les réseaux souples de petites et moyennes organisations. Examinons maintenant cet autre mode de gouverne susceptible d'améliorer l'intégration des organisations et des services.

Une autre forme de gouverne : l'organisation en réseau

Dans un mode de gouverne en réseau, les organisations participantes maintiennent leur existence juridique. Chacune d'elles se concentre sur son domaine de compétence et noue des relations durables de collaboration avec les autres organisations qui font partie du réseau (Paché et Paraponaris, 1993). Cette collaboration peut prendre plusieurs formes – accord non formalisé, protocole d'entente, coentreprise – et porter sur une variété d'objets. Pour les parties prenantes, l'organisation en réseau présente moins de risques que la hiérarchie. D'une part, l'engagement à participer à un réseau est volontaire et, partant, réversible. D'autre part, les transformations aux règles et aux pratiques se limitent aux activités que l'on met en commun. Pour le reste, chaque organisation peut maintenir ses façons de faire. Ce mode de gouverne accroît ainsi la probabilité que les systèmes de règles non écrites et les communautés de pratique existantes subsistent à l'association de deux ou plusieurs organisations. Plus encore, la souplesse des liens unissant ces organisations permet les réaménagements, l'expérimentation et l'innovation.

La possibilité qu'offre l'organisation en réseau de se retirer d'une entente peut sembler une faiblesse puisque l'existence de celle-ci tient à la bonne volonté des partenaires. À d'autres égards, cette latitude laissée à chacun est toutefois une force : un réseau d'organisations n'existe et ne se perpétue que si ses membres maintiennent leur engagement et ils ne le feront que s'ils y trouvent leur compte. Cela suppose de leur part une dose de compromis quant aux fins poursuivies et aux moyens à mettre en œuvre pour les poursuivre. Les dirigeants des organisations participantes doivent donc céder une part de leur autonomie au profit d'une gouverne collective, ce qui exige de leur part convergence de vue et diplomatie. C'est pourquoi la confiance mutuelle des parties à l'entente est une condition déterminante du choix et du succès d'un mode de gouverne en réseau (Ebers, 1997).

Dans le domaine de la santé, les partenaires doivent s'entendre sur des mécanismes de coordination qui permettent d'harmoniser leurs

pratiques de façon à offrir une gamme de services complète et cohérente. Ces ententes prennent parfois du temps à se concrétiser parce qu'elles se font entre des parties qui ne partagent pas forcément les mêmes façons de faire et les mêmes valeurs (Pedler, 2001). Ces liens peuvent être formalisés ou non, lier les organisations ou des membres de ces organisations, comme c'est le cas des réseaux personnels de contacts pour adresser une personne à un autre organisme, porter sur des services administratifs et de soutien, sur des services directs ou sur des outils nécessaires à la réalisation d'une plus grande intégration des services.

Dans une étude comparative du secteur de l'informatique, Saxenian (1996) a bien montré le rôle joué par les réseaux dans le dynamisme créateur et innovateur de la Silicon Valley par rapport à la région de Boston. Dans cette dernière, le modèle de gouverne dominant est celui de la grande organisation hiérarchique. Dans la Silicon Valley, au contraire, une pléthore de petites entreprises spécialisées et non hiérarchisées s'associent librement en fonction des besoins de chacune et des occasions qui se présentent. De nouvelles entreprises tentent de s'insérer dans les réseaux existants en proposant des solutions novatrices à leurs partenaires. Dans la Silicon Valley, une carrière réussie est composée d'accomplissements techniques et entrepreneuriaux. Dans la région de Boston, une carrière réussie consiste plutôt à gravir les nombreux échelons d'une grande organisation.

De l'étude de Saxenian, on peut tirer deux conditions de succès de l'organisation en réseau. D'abord, les entreprises qui en font partie doivent être interdépendantes. Leur succès dépend entièrement de leur capacité à offrir une contribution pertinente à leurs partenaires. Cette condition est rarement atteinte dans le système de santé québécois. Le fait que les établissements soient financés sur une base individuelle limite leur intérêt à collaborer librement avec d'autres établissements. L'autre condition, c'est l'importante base de réseaux informels et de communautés de pratique qui unit les membres des différentes organisations. Dans la Silicon Valley, les employés passent facilement d'une entreprise à l'autre, ce qui leur permet de tisser des liens avec de nombreux collègues. Ces relations intenses nourrissent la coopération et la confiance dans les réseaux d'entreprises de la région. Cette seconde condition de succès est elle aussi difficile à remplir dans le système québécois de la santé, notamment parce que les conventions de travail incitent les employés à accumuler de l'ancienneté chez un même employeur.

Malgré tout, un certain nombre d'organisations en réseau a émergé dans différentes régions du Québec au cours des années 1990. On en

trouve un exemple documenté dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (voir l'article de Tourigny et al. dans le présent numéro). On y a mis sur pied un réseau de services intégrés aux aînés auquel collaborent des organisations — publiques, privées et communautaires — qui se coordonnent à trois niveaux décisionnels : stratégique, tactique et clinique. Cette collaboration à plusieurs niveaux a notamment permis de créer une équipe d'intervenants-pivots formée de travailleurs sociaux rattachés à différents établissements (Paradis et al., 2001). L'évaluation de l'efficacité de ce modèle indique qu'il a permis d'atteindre plusieurs résultats favorables aux personnes âgées en perte d'autonomie (Durand et al., 2001).

Ce cas n'est pas unique. Dans l'ouest de l'île de Montréal, on a créé un *Continuity of Care Committee* regroupant des intervenants de l'hôpital local, de deux CLSC et de plusieurs organismes communautaires (Poirier et al., 1998). L'objectif initial du comité était d'améliorer la concertation entre les différentes ressources et le suivi dans la communauté des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Au fil des rencontres du comité, les participants ont tissé des liens personnalisés qui ont renforcé leur confiance mutuelle et leur désir de pousser plus loin cette concertation. Les membres du comité ont pu mettre à profit ce capital social pour élaborer et mettre en œuvre leur propre version de la gestion de cas. Cette appropriation du modèle par les praticiens leur a permis de le faire évoluer rapidement. « En ce sens, ce modèle n'est pas un outil qui fut imposé « d'en haut » [...] : c'est le résultat tangible d'un long effort de travail en commun, sur le terrain, entre tous les milieux concernés » (Poirier et al., 1998, 112).

Dans deux bassins de concertation de la région des Laurentides, les directions d'établissements se sont mises d'accord pour signer des ententes de partenariat plutôt que de procéder à des fusions (Demers et al., à paraître). L'atteinte de ce consensus a permis aux dirigeants de concentrer leur attention sur la coordination des services. Cette entente a du même coup facilité la progression des projets de coordination des services aux personnes en perte d'autonomie et la réalisation d'ententes variées sur le partage de services administratifs et de soutien. Dans ces deux bassins, la confiance semble avoir marqué les relations entre les parties dès l'origine, ce qui rendait plus attrayante l'option du réseau. Une fois cette option retenue, les échanges entre les dirigeants des établissements ont nourri cette confiance mutuelle. Celle-ci favorise doublement la mise en place de projets de coordination et de partage de services : d'abord en facilitant la signature d'ententes entre établissements, puis en incitant les gestionnaires et les intervenants à y collaborer.

Conclusion

Dans cet article, nous avons soulevé l'idée que le succès de l'intégration des services repose avant tout sur la collaboration des praticiens qui les dispensent. Nous avons examiné comment cette collaboration peut être influencée par deux façons de modifier la gouverne des organisations : la hiérarchisation et l'organisation en réseau. De ce point de vue, la première se distingue de la seconde par son irréversibilité et par le risque qu'elle présente de désagréger l'organisation non formalisée des praticiens d'au moins une des organisations impliquées. La hiérarchisation risque aussi d'engendrer l'uniformisation et la bureaucratisation, ce qui concourt à réduire la variété des pratiques et à freiner l'émergence et la mobilisation de communautés de pratique autour d'un enjeu comme celui de l'intégration des services.

Par ailleurs, les capacités de coordination de la hiérarchie sont limitées, en particulier dans la production de services complexes comme ceux de la santé. Les personnes qui dispensent ces services sont souvent bien mieux placées que leurs supérieurs hiérarchiques pour décider ce qu'il faut faire, comment il faut le faire, avec qui et quand. Pour qu'une organisation remplisse adéquatement sa mission, il faut qu'elle se constitue un capital social important sous la forme de réseaux informels de collaboration, de systèmes de règles non écrites et de communautés de pratique. Ce capital social intangible est toujours long et difficile à accumuler. Il n'existe pas de recette technocratique pour concevoir et imposer ce type d'organisation informelle, qui est toujours une réalité émergente et spontanée. De plus, la normalisation et l'autorité hiérarchique sont des mécanismes de coordination aux antipodes de ceux de l'organisation informelle, qui reposent plutôt sur l'ajustement mutuel. Plus la taille d'une organisation s'accroît, plus celle-ci tend à se bureaucratiser et moins l'organisation informelle peut y jouer un rôle important dans la coordination des actions. Par contre, la fusion de deux organisations de taille réduite et comparable, acceptée par les praticiens, peut donner de bons résultats, comme l'indiquent les deux cas de fusions CLSC-CHSLD présentés plus haut.

Lorsque certaines conditions sont remplies, l'organisation en réseau peut, davantage que la hiérarchie et la normalisation, favoriser l'intégration des services. Si elle repose sur une base importante de liens non formels, sur la confiance mutuelle des partenaires, sur leur interdépendance et sur des valeurs partagées, l'organisation en réseau peut mobiliser les gens et leurs compétences beaucoup mieux que ne peut le faire une grande organisation bureaucratique. Comme les participants du réseau sont dans un rapport égalitaire et non hiérarchique, aucune

autorité ne leur impose d'en haut des procédés normalisés plus ou moins adaptés. C'est par ajustement mutuel, en utilisant leur jugement, que les partenaires décident ce qu'il faut faire et comment il faut le faire. Cet ajustement mutuel permet de tenir compte d'une somme importante de faits pertinents propres à chaque situation et à son évolution, toujours en partie imprévisible.

Pour en arriver à un tel niveau de collaboration, les partenaires doivent toutefois y consacrer temps et efforts et agir avec diplomatie. L'organisation en réseau n'est donc pas une solution facile à appliquer. Sans de fortes incitations à la collaboration, comme la volonté ferme des partenaires de réaliser un projet commun, un intérêt financier à réaliser celui-ci ou la fuite devant une menace comme celle d'une fusion forcée, les chances sont minces qu'un réseau émerge et dure. Dans ce cas, deux options restent ouvertes : le statu quo, c'est-à-dire la perpétuation d'une offre de services cloisonnée, et la hiérarchisation forcée. Cette dernière option n'est toutefois pas garante de l'amélioration de la coordination des services. En elle-même, et *a fortiori* lorsqu'elle n'est pas souhaitée, la hiérarchisation ne rehausse ni la confiance mutuelle des praticiens ni leur intérêt à réaliser l'intégration des services. Pour que les praticiens s'engagent envers un réseau intégré de services, ils doivent en effet y trouver un projet auquel ils ont à cœur de contribuer plutôt qu'une exigence administrative. En ce sens, les dirigeants et les gestionnaires qui souhaitent contribuer à l'intégration des services devraient se préoccuper des conditions qui favorisent l'émergence et le maintien de communautés de pratique plutôt que de s'en remettre à des réformes organisationnelles.

Notes

1. Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux autorise trois formes juridiques pour réduire le nombre d'établissements autonomes : la fusion de deux ou plusieurs établissements en une nouvelle entité juridique, l'intégration d'un établissement dans un autre établissement et le regroupement d'établissements sous l'autorité d'un même conseil d'administration. Dans cet article nous considérerons ces trois options comme les variantes d'un même mode de gouverne, celui de la hiérarchie.
2. Ces deux fusions CLSC-CHSLD sont loin d'être uniques. Au Québec, de 1996 à 2001, le nombre d'établissements poursuivant la double mission de CLSC et de CHSLD est en effet passé de 14 à 47 (MSSS, 2001). Dans l'ensemble, cette trentaine de fusions semble avoir suscité peu d'opposition.

Références

- BROWN, J. S., DUGUID, P., 2000, *The Social Life of Information*, Harvard University Press, Boston.
- COLEMAN, J. S., 1990, *Foundations of Social Theory*, The Belknap Press of Harvard University Press, Mass., Cambridge.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon), 1988, *Rapport*, Les Publications du Québec, Québec.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Clair), 2000, *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec, Québec.
- DEMERS, L., PELCHAT, Y., CÔTÉ, G. (à paraître), Intégration institutionnelle et intégration des services: l'expérience de la région des Laurentides, *Recherches sociographiques*.
- DENIS, J.-L., LAMOTHE, L., LANGLEY, A., 1999, The struggle to implement teaching-hospital Mergers, *Canadian Public Administration/Administration publique du Canada*, 42, 3, 285-311.
- DURAND, P., TOURIGNY, A., BONIN, L., 2001, *Rapport final sur les résultats présenté au Fonds d'adaptation des services de santé. Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs — QC403*, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Beauport, avril 2001.
- DURBIN, J., RODGERS, J., MACFARLANE, D., 2001, *Strategies for Mental Health System Integration: A Review. Final Report*, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, <http://www.camh.net/hsrcu> (page consultée le 20 novembre 2001).
- Ebers, M., 1997, Explaining inter-organizational network formation, in Ebers, M., ed., *The Formation of Inter-Organizational Networks*, Oxford University Press, Oxford, 3-40.
- Fayol, H., 1979, *Administration industrielle et générale*, Dunod, Paris (1re édition, 1918).
- FONTAINE, M., 2000, Les besoins et les services: les paradoxes, in Laberge, D., ed., *L'errance urbaine*, Éditions MultiMondes, Sainte-Foy, 275-290.
- HOGUE, M. A., HOWESTINE, R. A., 1997, Organizational development strategies for integrating mental health services, *Community Mental Health Journal*, 33, 3, 175-187.
- LAVE, J., WENGER, E., 1991, *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, Cambridge.

- LEATT, P., PINK, G. H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a Canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, 2, 13-35.
- LIPSKY, M., 1980, *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York.
- MSSS, *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2001, *Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le regroupement de missions, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2001*, <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index.htm> (Page consultée le 12 décembre 2001).
- MINTZBERG, H., 1994, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, Paris.
- MINTZBERG, H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Les Éditions d'organisation, Paris.
- PACHÉ, G., PARAPONARIS, C., 1993, *L'entreprise en réseau*, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », n° 2704, Paris.
- PARADIS, M., BONIN, L., TOURIGNY, A., 2001, *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques. Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus*, Centre de santé publique de Québec, Direction de santé publique de la région régionale Mauricie/Centre du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Université Laval.
- PEDLER, M., 2001, *Issues in Health Development, Networked Organizations — An Overview*, Health Development Agency, NHS, Royaume-Uni, octobre 2001, www.hda-online.org.uk/html/resources/publications.html (page consultée le 20 novembre 2001).
- PETERS, T. H., WATERMAN, R. H., 1983, *Le prix de l'excellence*, InterÉditions, Paris.
- POIRIER, M., LAROSE, S., STE-MARIE, F., 1999, Splendeurs et misères de la concertation locale en santé mentale : un regard du terrain, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18, 2, 113-129.
- POIRIER, M., RITZHAUPT, B., LAROSE, S., 1998, Case management : le modèle de l'Ouest de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 23, 2, 93-118.
- Randolph, F., Blasinsky, M., Leginski, W., 1997, Creating integrated service systems for homeless persons with mental illness: The ACCESS Program, *Psychiatric Services*, 48, 3, 369-373.

- ROETHLISBERGER, F. J., DICKSON, W. J., 1939, *Management and the Worker*, Harvard University Press, Mass., Cambridge.
- ROWE, M., HOGE, M. A., FISK, D., 1998, Services for mentally ill homeless persons : Street-level integration, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 3, 490-496.
- SAXENIAN, A., 1996, *Regional Advantage : Culture and Competition in Silicon Valley and Route 128*, Harvard University Press, Boston.
- SHORTELL, S. M., GILLIES, R. R., ANDERSON, D. A., 2000, *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems* (2nd ed.), Jossey-Bass, San Francisco.
- TERSSAC, G., 1992, *Autonomie dans le travail*, Presses universitaires de France, Paris.
- WALLOT, H. A., 1998, *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli, 1 — La chorégraphie globale*, MNH, Beauport.
- WENGER, E., 1998, *Communities of Practice : Learning, Meaning and Identity*, Cambridge University Press, Cambridge.

ABSTRACT

Is merging organizations the solution to service integration?

Organizational models inherited from the time when institutionalizing patients was common practice are now obsolete. Service coordination, undergone earlier within a same institution, is now governed by professionals linked to various organizations and different settings. One of the difficulties of integration of these services is that contributing organizations often continue to operate individually, consequently going against the pursued goal. The solution most often proposed to counter this compartmentalization consists in reinforcing integration of organizations, which will in time favor integration of various services. One of the ways to realize this organizational integration is to reduce the number of existing organizations, by merging for example, a certain number of them. It is this path of hierarchical organization that the Québec health care system has taken during the 1990. Other paths that of networking have also been experienced during the same period. To judge of the relevance of these options, the authors propose a reversal of the dominating perspective according to which service integration necessarily pass through installing mechanisms of organizational integration. Withought minimizing the importance of such mechanisms, the authors put forth that integration of services commands first and

foremost collaboration between professional health workers. Through this angle, the relevance of an organizational integration model depends on the impact it will have on the capacity and willingness of health workers to work in a concerted way. The authors submit that the fact of giving to a sole authority the govern of existing organizations is not the panacea some would like to believe.

RESUMEN

¿Pasa la integración de servicios por fusiones de establecimientos?

Los modos de organización heredados de una época dominada por la institucionalización de los pacientes están hoy caducos. La coordinación de servicios, antiguamente efectuada a dentro de un establecimiento, depende hoy de intervenientes quienes dependen de organizaciones diferentes y practican en lugares diferentes. Uno de los problemas que plantea la integración de servicios se encuentra en el hecho de que organismos contribuyendo siguen muchas veces funcionando de manera individualista, lo que va en contra del objetivo perseguido. La integración de organismos, la cual debería favorecer la integración de servicios, es la solución más avanzada para dar la vuelta a este tabique. Para realizar esta integración de servicios se propone reducir el número de organizaciones con fusiones. La vía de jerarquización fue adoptada por la reforma del sistema quebequense de servicios de salud y de servicios sociales efectuada durante los años 1990. Otras vías, tal la organización en red, han sido también experimentadas durante esta periodo. Para juzgar de la pertinencia de estas opciones se propone de invertir la perspectiva dominante según la cual la integración de servicios pasa necesariamente por la puesta en lugar de mecanismos de integración organizacional. Sin negar la importancia de los últimos, proponemos que la integración de servicios requiere ante todo la colaboración de los prácticos. Así la pertinencia de un modo de integración organizacional depende del efecto que tendrá sobre la capacidad y la voluntad de los prácticos de actuar de manera concertada. Sostenemos que el hecho de confiar a una sola autoridad la gubernancia de las organizaciones existentes no es la panacea que ciertos quisieran ver.

RESUMO

A integração dos serviços passa pela fusão dos estabelecimentos?

Os métodos de organização herdados da época em que dominava a institucionalização dos pacientes estão, atualmente, ultrapassados. A coordenação dos serviços, antigamente efetuada dentro dos muros de

um mesmo estabelecimento, depende, a partir de agora, de assistentes ligados a organizações diferentes e trabalhando em locais diferentes. Uma das dificuldades da integração destes serviços encontra-se no fato de que as organizações participantes continuam sempre a funcionar de maneira isolada, o que prejudica o objetivo esperado. A solução mais freqüentemente proposta para contornar este isolamento seria reforçar a integração das organizações, que deveria, no futuro, favorecer a integração dos serviços. Uma das maneiras de realizar esta integração organizacional é reduzir o número de organizações existentes, por exemplo, fazendo a fusão de algumas delas. Foi este caminho, o da hierarquização, que escolheu a reforma do sistema quebequense da saúde e dos serviços sociais efetuada durante os anos 1990. Outros caminhos, como o da organização em rede, também foram experimentados durante este período. Para avaliar a pertinência destas opções, os autores propõem derrubar a perspectiva dominante, segundo a qual a integração dos serviços passa obrigatoriamente pela criação de mecanismos de integração organizacional. Sem negar a importância destes mecanismos, eles ressaltam que a integração dos serviços exige, antes de mais nada, a colaboração dos profissionais que os fornecem. Neste ponto de vista, a pertinência de um modo de integração organizacional depende do efeito que ele terá na capacidade e na vontade dos profissionais de trabalhar em harmonia uns com os outros. A este respeito, os autores destacam que o fato de confiar a uma só autoridade a direção das organizações existentes não é o remédio para todos os males que alguns gostariam que fosse.