

Université de Montréal

**La programmation régionale des services  
ambulatoires de Laval : une avenue dans la  
responsabilisation populationnelle des soins de santé**

par

Sossa Gbênamblo Olivier

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de PhD  
en Santé publique  
option Organisation des soins

Mars, 2011

© Sossa Gbênamblo Olivier, 2011

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

La programmation régionale des services ambulatoires de Laval : une avenue dans la  
responsabilisation populationnelle des soins de santé

Présentée par :  
Sossa Gbênamblo Olivier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Paul A. LAMARCHE, président-rapporteur  
François CHAMPAGNE, directeur de recherche  
Nicole LEDUC, co-directeur  
Pierre TOUSIGNANT, membre du jury  
Jean TURGEON, examinateur externe  
Marie ALDERSON, représentant du doyen de la FES

## Résumé

Face aux pressions continues que subissent les systèmes de santé, de nombreuses réformes sont perpétuellement en cours pour améliorer le processus de soins et par conséquent, offrir des soins de qualité et accroître le niveau de santé des populations. Les réformes que connaissent actuellement les systèmes de santé visent à optimiser l'impact des services sur la santé de la population en introduisant le concept de la responsabilité populationnelle. Par ailleurs, il existe de plus en plus un consensus sur la nécessité d'établir une relation directe et durable entre les prestataires et la population des territoires desservies pour être en mesure de tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leurs familles et pour assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre. Cette thèse porte sur la Programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) de Laval. Elle analyse cette programmation comme une solution innovatrice dans la mise en œuvre de la responsabilisation populationnelle des soins. La stratégie de recherche combine à la fois une revue intégrative de la littérature qui vise à analyser le bien-fondé de la PRSA; une étude quasi-expérimentale pour examiner ses effets; et enfin, une recherche synthétique de cas pour comprendre l'évolution de la PRSA et analyser l'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé.

Dans le premier article, nous nous sommes employés à analyser le bien fondé c'est-à-dire la plausibilité des mécanismes causaux présumés. La PRSA est un modèle d'intégration régionale basée sur une approche populationnelle. La stratégie de réseaux intégrés de soins et de case management combinée avec une approche populationnelle telle que mise de l'avant par le PRSA sont trois éléments essentiels en faveur d'une responsabilité populationnelle des soins. À l'aide d'une revue intégrative de la littérature, nous avons démontré qu'il s'agit d'une programmation capable de consolider une intégration régionale en mettant de l'avant une approche populationnelle permettant de bien cibler les besoins des populations du territoire à desservir.

Le deuxième article examine les effets populationnels de la PRSA en termes de réduction de la durée moyenne de séjour et de l'augmentation de la rétention régionale. Une approche quasi expérimentale a été utilisée. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour, on n'observe aucune diminution pour l'asthme ni pour la démence. Par contre, il est plausible que l'implantation de la PRSA ait permis une diminution de la durée moyenne de séjour pour les maladies coronariennes, les MPOC, l'embolie pulmonaire et le cancer du sein. Pour la rétention régionale, aucun effet n'a été observé pour les MPOC, l'embolie pulmonaire et la démence. Une augmentation de la rétention régionale a été observée pour les maladies coronariennes, l'asthme et le cancer du sein. Cette augmentation pourrait être attribuée à la PRSA.

Dans le troisième article, nous avons examiné les facteurs susceptibles d'expliquer l'évolution de la PRSA. En partant du point de vue des responsables de la programmation de la PRSA et les gestionnaires actuels de la programmation de services de la région de Laval, nous avons tenté de mieux cerner les facteurs qui ont provoqué la suspension du déploiement de la PRSA. Les résultats indiquent que les changements fréquents dans les structures dirigeantes du réseau de la santé ainsi que l'interférence de plusieurs autres réformes ont été un obstacle dans le maintien de la PRSA.

Dans le contexte actuel des réformes en santé où l'approche de réseaux intégrés de soins et de responsabilité populationnelle sont mises de l'avant, les résultats de cette thèse apportent un éclairage certain sur l'opérationnalisation de ces orientations.

**Mots-clés** : Responsabilité populationnelle, réseaux intégrés de soins, changement organisationnel

## **Abstract**

Due to the continuous pressures on the health systems, many reforms are perpetually implemented to improve care process and consequently the quality of care in order to increase public's health level. The ultimate goal of this health system's reform is to optimize the services impact on population's health by introducing the populational responsibility concept; an approach based on the conviction that health is collective, therefore necessary to maintain and develop. In addition, there are more and more consensus on the necessity to establish a direct and durable relationship between care providers and communities. Thus, a way to be able to consider the patient's personal and social contexts along with his family, and to ensure continuous care.

This thesis, based on the Regional Programmation of ambulatory services (PRSA) of Laval, analyzes this program as an innovative solution concerning the introduction of populational approach in healthcare. The research strategy combines an integrated literature review, which analyses the pertinence of the PRSA; a quasi-experimental study, to examine its effects; and finally, a synthetic research that allows grasping the PRSA's evolution and to analyze the institutionalization of change in healthcare organizations

In the first article, we analyse the pertinence of the PRSA's model or, in other words, the plausibility of the causal relation that is presumed by this model. The PRSA is a regional model that combines integrated healthcare networks, case management and a populational approach to achieve populational responsibility. We showed, based on an integrated literature review, that this program has indeed the potential to secure a regional integration using a populational approach to well assess its population's needs.

The second article analyses the PRSA's populational effects in terms of length of stay (LOS) and regional retention. A quasi-experimental design was used. For the length of stay, no decrease could be noted for asthma or dementia. On the other hand, the PRSA's implementation may have contributed to decrease the LOS for heart disease, chronic

obstructive pulmonary disease (COPD), pulmonary embolism and breast cancer. Concerning the regional retention of patients, no significant changes were seen for COPD, pulmonary embolism and dementia though effects were observed for heart disease, asthma and breast cancer.

Finally, in the third article, we look at the reasons that lead PRSA's suspension. Based on the PRSA's manager and the current services programs managers in Laval, we tried to get a better understanding of the factors that delayed the PRSA's implementation. The results indicate that the frequent healthcare system leading structures reorganizations and the interference of several other reforms in the past years were obstacles in the PRSA's implementation.

Considering the current context, in which health care system is going through several reforms and where the network approach and the populational responsibility are valued, the results of this thesis bring a valuable contribution to the comprehension and the implementation of these concepts.

**Key words:** Populational responsibility, integrated healthcare network, organisational change

## Table des matières

Résumé .....	i
Abstract .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Liste des figures .....	ix
Remerciements .....	xi
CHAPITRE 1 : Introduction.....	1
1.1 <i>Objectif général</i> .....	1
1.2 <i>Problématique</i> .....	1
1.3 <i>Des entretiens préliminaires</i> .....	10
1.4 <i>Objectifs spécifiques</i> .....	11
1.5 <i>Description de la thèse</i> .....	12
CHAPITRE 2 : État des connaissances.....	14
2.1 <i>La responsabilité populationnelle</i> .....	14
2.2 <i>Les réseaux intégrés de soins</i> .....	21
2.2.1    Le concept de réseau de soins .....	21
2.2.2    Le concept de l'intégration des soins .....	26
2.2.3    Le case management : un outil d'intégration clinique.....	33
2.3 <i>Les facteurs liés aux changements dans les organisations de la santé</i> .....	41
2.3.1    Les facteurs liés à l'organisation et son environnement .....	41
2.3.2    Les facteurs liés aux individus et au leadership .....	48
2.3.3    Les facteurs liés aux caractéristiques de l'innovation elle-même .....	53
CHAPITRE 3 : Conceptualisation de l'objet d'étude.....	55
3.1 <i>Le point de départ de la PRSA</i> .....	56
3.2 <i>La programmation régionale de services ambulatoires : une approche populationnelle basée sur l'analyse des besoins de la population</i> .....	59

3.3	<i>La programmation régionale de services ambulatoires : une approche de réseau intégré de soins</i> .....	68
3.4	<i>La programmation régionale de services ambulatoires : une approche de case management</i> .....	70
3.5	<i>La structure du projet</i> .....	74
CHAPITRE 4 : Méthodologie .....		81
4.1	<i>La revue systématique</i> .....	81
4.2	<i>L'étude quasi expérimentale</i> .....	82
4.3	<i>La recherche synthétique de cas</i> .....	85
CHAPITRE 5 : Article 1 .....		88
	<i>Introduction</i> .....	88
	<i>Description et modélisation de l'intervention</i> .....	90
	<i>Analyse du bien-fondé du modèle de la PRSA</i> .....	100
	<i>Discussion</i> .....	126
	<i>Conclusion</i> .....	128
	<i>Références</i> .....	129
CHAPITRE 6 : Article 2 .....		132
	<i>Introduction</i> .....	132
	<i>Méthodes</i> .....	143
	<i>Analyse des données</i> .....	146
	<i>Résultats</i> .....	148
	<i>Discussion</i> .....	180
	<i>Conclusion</i> .....	182
	<i>Références</i> .....	183
CHAPITRE 7 : Article 3 .....		185
	<i>Introduction</i> .....	185
	<i>Méthodologie</i> .....	192
	<i>Analyse des données</i> .....	194
	<i>Synthèse des données</i> .....	194



<i>Résultats</i> .....	200
<i>Discussion</i> .....	208
<i>Conclusion</i> .....	213
<i>Références</i> .....	214
CHAPITRE 8 : Conclusion générale .....	218
<i>8.1 Bref rappel de la démarche méthodologique</i> .....	218
<i>8.2 Synthèse de la recherche et discussion des résultats</i> .....	220
8.2.1 Le bien-fondé de la PRSA.....	220
8.2.2 Les effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et la rétention régionale 228	
8.2.3 L’institutionnalisation du changement.....	229
<i>8.3 Importance de cette thèse en santé publique</i> .....	233
BIBLIOGRAPHIE.....	235
Annexe 1 : Grille des entrevues.....	xii

## Liste des tableaux

Tableau 1: Les 13 programmes et services prévus dans la PRSA.....	60
Tableau 2: Modèle de programmation ambulatoire de services ambulatoires de Laval.....	73

### Liste des tableaux pour l'article 1

Tableau 1: Les différentes approches utilisées dans la programmation ambulatoire de services ambulatoires de Laval.....	97
Tableau 2: Liste des articles non retenus pour l'hypothèse 1.....	102
Tableau 3: Liste des articles non retenus pour l'hypothèse 2.....	104
Tableau 4: Caractéristiques des articles retenus.....	107
Tableau 5: Définition des concepts selon les auteurs.....	118

### Liste des tableaux pour l'article 2

Tableau 1: Les différentes périodes d'analyse de l'évolution de la durée moyenne de séjour et de la rétention régionale associée aux mesures identifiées.....	144
Tableau 2: Les diagnostics ciblés et les codes DRG correspondants.....	146
Tableau 3: Différences des DMS entre les phases $T_0$ , $T_1$ et $T_2$ pour chacune des régions et les tests F associés.....	152
Tableau 4: Différences des DMS entre les différentes régions et Laval pendant les phases $T_0$ , $T_1$ et $T_2$ ainsi que les tests F associés.....	153
Tableau 5: Différences de la rétention régionale entre les différentes phases $T_0$ , $T_1$ et $T_2$ pour chacune des régions et les tests F associés.....	168
Tableau 6: Différences de la rétention régionale entre les différentes régions et Laval pendant les phases $T_0$ , $T_1$ et $T_2$ ainsi que les tests F associés.....	169
Tableau 7: Synthèse des conclusions des effets des mesures de la PRSA sur la durée de séjour et la rétention régionale.....	179

## Liste des figures

Figure 1: La région de Laval .....	58
Figure 2: La structure du projet de la PRSA .....	74
Figure 3: Modèle de la PRSA.....	79

### Liste des figures pour l'article 1

Figure 1: Modèle de la PRSA.....	99
----------------------------------	----

### Liste des figures pour l'article 2

Figure 1: Évolution de la durée moyenne de séjour pour maladies coronariennes .....	149
Figure 2: Évolution de la durée moyenne de séjour pour MPOC .....	154
Figure 3: Évolution de la durée moyenne de séjour pour l'asthme .....	156
Figure 4: Évolution de la durée moyenne de séjour pour embolie pulmonaire .....	158
Figure 5: Évolution de la durée moyenne de séjour pour démence.....	160
Figure 6: Évolution de la durée moyenne de séjour pour cancer du sein .....	162
Figure 7: Évolution de la rétention régionale pour maladies coronariennes.....	164
Figure 8: Évolution de la rétention régionale pour MPOC .....	170
Figure 9: Évolution de la rétention régionale pour asthme .....	171
Figure 10: Évolution de la rétention régionale pour embolie pulmonaire .....	174
Figure 11: Évolution de la rétention régionale pour la démence.....	176
Figure 12: Évolution de la rétention régionale pour cancer du sein .....	178

*Dédicace*

*A mon feu père, toi qui aurait aimé lire ce travail*

## Remerciements

Je remercie chaleureusement *François Champagne et Nicole Leduc*, mes directeurs de recherche, pour leur direction avisée et exigeante, leurs qualités humaines et scientifiques et leur soutien constant tout au long de cette thèse. Votre soutien a toujours été exceptionnel et vous m'avez grandement aidée à acquérir une bonne compréhension de la recherche dans le champ de l'organisation des soins de santé. Merci à vous deux!

Je tiens à remercier sincèrement les membres du Jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce manuscrit et pour le temps que vous y avez consacré.

Je remercie tous mes collègues de la Direction de l'évaluation au Ministère de la Santé et des services sociaux qui n'ont fait que m'encourager à mener à bout cette thèse. Je voudrais remercier Steve Gingras de l'Unité de l'éthique du Ministère de la Santé et des services sociaux, pour sa disponibilité et sa promptitude toutes les fois que j'ai eu besoin de lui.

A ma Mère, mes frères et sœurs, je voudrais dire merci pour votre appui et votre compréhension. Trouvez dans ce travail le fruit de mon aventure au Canada.

Un merci tout spécial à mes enfants *Donald, Aldrick et Oliviane* pour leur joie de vivre qui m'a permis dans les moments plus difficiles de rapidement tout remettre en perspective. Je vous adore!

Maintenant, il me reste à remercier une personne, la plus importante de toutes à mes yeux, puisque c'est la femme qui partage ma vie. C'est elle qui a le plus subi ma thèse et accepté tous les compromis. Tu es vraiment la femme de ma vie. Merci *Noelie!*

# **CHAPITRE 1 : Introduction**

## ***1.1 Objectif général***

L'objectif général de la présente thèse est d'examiner le potentiel de la programmation régionale de services ambulatoires de Laval (PRSA) dans l'opérationnalisation de la responsabilité populationnelle, une approche de plus en plus présente dans les politiques de santé. Nous examinons ce potentiel sous trois angles : le bien-fondé logique de la PRSA, son impact populationnel et l'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé à travers l'analyse de l'évolution de la mise en œuvre de la PRSA.

## ***1.2 Problématique***

Dans les pays développés, l'action combinée du développement des technologies, des connaissances sur les habitudes de vie, de la mondialisation, de l'évolution démographique et de l'apparition de nouvelles maladies, exerce des pressions considérables sur les systèmes de santé qui répondent de moins en moins bien aux besoins et aux attentes de la population (Dunbar & Reddy, 2009; Fleury, 2006; Salinsky & Gursky, 2006). Compte tenu des différentes pressions que subissent les systèmes de santé, de nombreuses réformes sont perpétuellement en cours pour améliorer le processus de soins et par conséquent, offrir des soins de qualité et accroître le niveau de santé des populations. Les réformes en cours actuellement dans les systèmes de santé visent à optimiser l'impact des services sur la santé de la population en introduisant le concept de la responsabilité populationnelle : une approche qui fait référence à une compréhension

plus large de la santé et qui implique une convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, & Denis, 2008). À cet égard, elle reconnaît les nombreux facteurs individuels qui influencent la santé et cherche à réduire les inégalités sociales qui constituent une autre barrière en matière de bien-être et de santé, l'objectif étant d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire donné. En tenant compte des ressources disponibles, l'approche populationnelle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. Enfin, la responsabilité populationnelle suppose que les autorités sanitaires au niveau régional et local ont une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004).

Dans cette optique, la logique de concertation entre les différents fournisseurs de soins est de plus en plus présente dans l'organisation des soins et implique la mise en place de réseaux intégrés de soins c'est-à-dire une organisation des soins basée sur la différenciation, la coordination et la régulation. En effet, dans le secteur de la santé, le recours à de tels réseaux s'explique par l'évolution des problèmes auxquels ce secteur se trouve confronté. En premier lieu, on peut citer la transformation de la structure de la morbidité qui, du fait en particulier du vieillissement de la population, tend à renforcer la part des pathologies chroniques. En second lieu, le déséquilibre entre une spécialisation forte et continue de l'activité médicale, et des mécanismes de coordination limités entre les différents intervenants. En troisième lieu, le contexte économique qui exerce une forte

pression pour que le secteur de la santé accentue son efficacité, c'est-à-dire qu'il soit plus attentif aux ressources qu'il utilise pour produire les services qu'il fournit à la population (Fragnière & Girod, 2002).

L'approche populationnelle rend plus nécessaire que jamais une stratégie de réseautage avec des partenaires. Elle met en perspective la recherche de la mise en commun des ressources et le partage de l'expertise pour répondre aux besoins d'une population donnée. Il faut donc développer la complémentarité des rôles pour le plus grand bénéfice des populations. La concertation des ressources présente toutefois un défi de taille en ce sens qu'elle appelle au dépassement des frontières organisationnelles.

Selon l'OMS, il est essentiel d'établir une relation directe et durable entre les prestataires et la population de la collectivité desservie pour pouvoir tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leurs familles et pour assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre (Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Une condition préalable préconisée par l'OMS est la transformation de soins conventionnels en réseaux locaux de soins. Cette idée a d'ailleurs été soutenue par la plupart des commissions d'études ou groupes de travail sur la réorganisation des systèmes de santé modernes (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008).

Le réseau intégré de soins est une alternative à une organisation hiérarchique. Il répond aux impératifs de flexibilité dictés par la complexité et l'interdépendance caractéristiques du secteur de la santé et des services sociaux (Fragnière & Girod, 2002). De façon générale, un réseau est une forme d'organisation de l'activité productive qui repose sur la



coopération entre des producteurs à la fois autonomes et liés par des engagements réciproques (Huard & Moatti, 1995). Cette configuration permet d'obtenir de la stabilité grâce aux engagements, et de la flexibilité grâce à l'autonomie, chaque composante collaborant avec les autres composantes en fonction des besoins fluctuants de l'activité. Cette flexibilité, qui fait du réseau un dispositif à géométrie variable, doit permettre d'utiliser au mieux les moyens et compétences des composantes (Fragnière & Girod, 2002).

Grâce à une meilleure coordination, les réseaux intégrés de soins devraient permettre, d'une part l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (continuité, cohérence, globalité, etc.) et d'autre part, une rationalisation et une meilleure orientation des ressources (réduction des redondances, économies d'échelle). Cette coordination ne repose pas sur l'autorité d'un centre, mais plutôt sur des principes de réciprocité, de proximité et de confiance entre les partenaires. Pour parvenir à cette coopération et aux résultats qui lui sont associés, le réseau doit remplir un certain nombre de conditions (Huard & Moatti, 1995) : 1) des conditions techniques correspondant notamment aux exigences d'échange d'information que suppose la coordination; 2) des conditions sociales d'attrait pour les acteurs, ces derniers doivent trouver des avantages pour s'engager dans la coopération; et, 3) des conditions culturelles qui amènent les acteurs à collaborer malgré des représentations, des préoccupations, des croyances différentes. L'ensemble de ces conditions conduit à des changements importants qui nécessitent de l'information, de la formation, des transferts d'expérience et des expérimentations, c'est-à-dire des processus d'accompagnement du changement auxquels tous les acteurs doivent contribuer, et particulièrement les pouvoirs publics (Huard & Moatti, 1995).

Le modèle de réseau intégré de soins présente donc des intérêts évidents pour le système de soins et constitue de ce fait une des pistes envisagées dans la plupart des pays industrialisés. Le partage et la circulation des idées et des informations entre tous les acteurs ne peuvent que favoriser l'émergence de solutions efficaces. Une telle conception de la gestion des systèmes de santé est innovante. Mais, force est de constater que la mise en œuvre de réformes dans les organisations publiques en général et celles de la santé en particulier reste très difficile. Les défis liés à leur adoption et à leur implantation sont assez bien documentés (Alexander, Weiner, Shortell, Baker, & Becker, 2006; Ferlie & Shortell, 2001; Weiner et al., 2006).

En décembre 2003, le gouvernement du Québec a adopté la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services (RLS). La création de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Cette réforme du système de santé se fonde sur deux grands enjeux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004). La responsabilité populationnelle suppose la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent. Les différents acteurs de la santé du territoire partagent une responsabilité collective envers la population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé. L'organisation des

services doit ainsi se traduire par un continuum allant de la promotion de la santé jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, en passant par la prévention, les services curatifs et de réadaptation, etc.

D'après le texte de la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, cette réforme invite les divers partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau local, en lien avec les niveaux régionaux et provinciaux, à travailler en réseaux intégrés d'où la hiérarchisation des soins et services. Ce principe d'hiérarchisation implique une amélioration de la complémentarité des soins pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004). Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie.

La décentralisation des soins de santé a été au cours des dernières décennies une politique à l'ordre du jour dans plusieurs réformes de santé dans les pays industrialisés pour assurer une organisation des soins et services plus proche des populations. Cependant, les préoccupations essentielles qui entourent la décentralisation des soins, c'est-à-dire distinguer les responsabilités pour la dispensation, le financement et l'organisation et la planification de soins de santé ne sont pas toujours claires (Vrangbæk, 2007).

Au Québec, la politique de décentralisation et l'approche territoriale ont commencé avec la création en 1971 des régions sanitaires et des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Cette décentralisation visait une meilleure prise en compte des particularités de chacun des territoires et surtout d'accorder plus de place au citoyen dans le processus de prise de décision (Turgeon & Lemieux, 1999). En 1991, les CRSSS ont été transformés en Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) avec de nouvelles fonctions de planification, de gestion, d'allocation de ressources et d'évaluation des activités de leur réseau sociosanitaire régional respectif. Les RRSSS deviendront à partir de 2003 des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) qui deviendront en 2005 les Agences de santé et des services sociaux. Au total, la province du Québec compte 18 Agences de santé et des services sociaux.

La région de Laval, l'une des 18 régions sociosanitaires, était, dès la création des régies régionales, confrontée à un déficit régional en soins de courte durée provenant à la fois de l'évolution rapide de sa démographie et de sa proximité avec Montréal. Le déficit de services était alors estimé, de façon conventionnelle, à 300 lits de soins de courte durée. Cette estimation du besoin en lits de courte durée est basée sur l'analyse de la durée moyenne de séjour observé en 1995-1996 ainsi que les projections faites pour 2006. Plutôt que de s'engager dans la solution d'agrandir son centre hospitalier de soins de courte durée, les autorités ont décidé de se doter d'une approche basée sur la prise en charge régionale des bénéficiaires dans un continuum de services utilisant massivement les services ambulatoires dispensés par chacun des établissements de la région.

Déjà en décembre 1995, c'est-à-dire bien avant l'adoption de loi sur les agences de développement, la régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval mettait sur pied un comité d'implantation du centre hospitalier ambulatoire de Laval (CHARL) dont la mission était de proposer une nouvelle façon d'organiser les services de courte durée. Pour être en mesure de desservir au moins 65% de la clientèle du territoire, le comité recommandait que la région opte pour une programmation de substitution des activités hospitalières conventionnelles par des services ambulatoires. La cible de 65% de la clientèle correspondrait au seuil minimal pour que la région de Laval atteigne un niveau d'autosuffisance en soins de courte durée comparable aux autres régions du Québec.

La réponse organisationnelle proposée par les autorités sanitaires de la région de Laval est connue sous le nom de programmation régionale de services ambulatoires (PRSA). Cette programmation est plus axée sur les services ambulatoires que sur les services hospitaliers conventionnels. Elle met de l'avant trois stratégies pour atteindre ses objectifs: une stratégie d'augmentation de l'intégration des ressources et services, une stratégie d'augmentation de la disponibilité des ressources et une stratégie de virage ambulatoire.

La démarche poursuit des objectifs de qualité, de continuité et de coordination des soins par une approche globale et efficace. Les éléments fondamentaux de cette démarche sont (i) une substitution des activités hospitalières en activités ambulatoires; (ii) une accessibilité accrue aux services spécialisés de courte durée et aux nouvelles technologies ambulatoires (médecine ambulatoire); (iii) une poursuite de l'efficacité clinique; (iv) une meilleure continuité et une qualité des soins; (v) une coordination clinique efficace; (vi)

des services adaptés au patient et non l'inverse, en concordance avec une meilleure articulation des aspects cliniques et administratifs; (vii) une prise en charge par les patients de leur maladie.

En 2001, Champagne et al. (2001) ont procédé à l'évaluation de l'implantation de la PRSA. Cette évaluation devait indiquer si le modèle PRSA mis de l'avant représente un modèle prometteur en termes de sa capacité à éventuellement produire des effets sur l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins et services offerts, notamment en adoptant une approche de réseau intégré. Selon Champagne et al. (2001), la PRSA a résulté en une intégration clinique appréciable, et ce, malgré des difficultés importantes au niveau de l'intégration fonctionnelle. Déjà en 2001, la région de Laval a vu une amélioration de l'accessibilité de ses services de santé et la rétention régionale. Par ailleurs, les divers projets réalisés dans le cadre de cette évaluation indiquent également que, dans l'ensemble, les patients ayant bénéficié de la PRSA se sont vus offrir des services globaux, continus, justes et accessibles et s'en déclarent très satisfaits. À la fin de cette évaluation, les auteurs concluaient que le modèle mis de l'avant à Laval est prometteur et repose sur des assises solides d'intégration clinique qui, logiquement et sur la base des résultats obtenus à ce moment, semblait produire des soins de qualité (Champagne et al., 2001).

C'est sur cette trame de fond de la réorganisation que nous avons mené notre recherche sur le potentiel de la PRSA en tant que modèle qui vise l'accroissement de la capacité la région de Laval à couvrir l'ensemble des besoins de sa population; le but étant d'examiner en quoi la PRSA pourrait servir de base à la conceptualisation de la responsabilité populationnelle, un concept de plus en plus présent dans les réformes

des systèmes de santé. Par ailleurs, à travers la PRSA, notre recherche s'intéresse aussi à la capacité des organisations de la santé à opérer des changements et à les maintenir dans le temps.

### *1.3 Des entretiens préliminaires*

En préparation à la présente thèse, nous avons réalisé en juin 2006 des entretiens préliminaires auprès des cliniciens (n = 2) et des gestionnaires (n = 3) impliqués dans la PRSA. Les témoignages recueillis nous ont fourni quelques indications sur le contexte de l'émergence de la PRSA et sur sa pertinence. Il ressortait de ces entretiens que la PRSA est une innovation majeure dans l'organisation des soins ambulatoires au niveau régional. Ces propos viennent renforcer les conclusions de l'évaluation de Champagne et al. (2001).

Les personnes rencontrées ont également signifié que la mise en œuvre de la PRSA a été suspendue progressivement à partir de 2003. Les cliniciens rencontrés nous ont par contre confié que, même si le déploiement formel de la PRSA a été arrêté, certaines des mesures préconisées par cette programmation continuent d'être utilisées compte tenu des résultats qu'ils perçoivent. Même si ces résultats ne sont que des appréciations informelles de la part de médecins, ils témoignent tout de même de perceptions favorables quant à la valeur ajoutée de la PRSA.

Fort de ces premiers constats, il paraît intéressant de se pencher sur cette programmation régionale surtout dans un contexte où l'approche populationnelle est de plus en plus mise de l'avant dans les dernières réformes que connaissent les systèmes de santé dans les pays industrialisés.

#### ***1.4 Objectifs spécifiques***

Trois objectifs spécifiques sont poursuivis dans cette thèse.

##### *Objectif spécifique 1*

La Programmation régionale des services ambulatoires (PRSA) a été mise sur pied pour transformer certaines activités hospitalières en services ambulatoires. Elle implique un groupe d'établissements indépendants administrativement et permet de fournir un ensemble coordonné de services à une population visée sur un territoire donné. La PRSA combine une approche populationnelle, une approche de réseaux intégrés de soins et une approche de case management.

Le premier objectif spécifique de la thèse consiste à faire une analyse du bien-fondé de la PRSA en examinant la plausibilité des mécanismes causaux présumés pour accroître la capacité de la région de Laval en termes de soins de courte durée.

##### *Objectif spécifique 2*

La PRSA ciblait 13 programmes regroupant au total 88 mesures. Le déploiement de ces mesures visait une diminution des durées moyennes de séjour afin d'augmenter la capacité de la région de Laval à répondre aux besoins en soins et services de courte durée. Le second objectif de cette thèse vise à examiner à partir de quelques-unes des mesures implantées, les effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et la rétention régionale à Laval.

##### *Objectif spécifique 3*

Les propositions d'innovations dans le domaine de la santé sont de plus en plus nombreuses depuis plusieurs décennies. Cependant, elles ne conduisent pas toujours aux changements escomptés. La capacité des organisations de santé à opérer des changements



et à les maintenir au fil des années reste un défi majeur. Le troisième objectif de cette thèse vise à comprendre et à expliquer les facteurs qui ont conduit à la suspension de la PRSA.

### ***1.5 Description de la thèse***

La première section de cette thèse porte sur la recension des écrits. Cette recension est articulée autour des notions de responsabilité populationnelle, de réseaux intégrés de soins et de case management. Nous y abordons aussi les facteurs en lien avec le changement organisationnel.

La deuxième section présente la conceptualisation de la PRSA. En partant de la recension des écrits, cette section structure le PRSA autour des différents concepts théoriques comme l'approche populationnelle, l'approche de réseau intégré de soins et l'approche de case management.

La troisième section aborde les différents aspects méthodologiques de la recherche. La section des résultats (4<sup>e</sup> section) est présentée sous forme d'articles. Le premier article intitulé « *Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle* » est consacré à l'objectif spécifique 1 de la thèse. Quant au second article intitulé « *Analyse des effets d'un modèle d'intégration régionale des soins basé sur une approche populationnelle* » il est consacré à l'objectif spécifique 2 de la thèse. Le dernier article intitulé « *L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement* » vise à répondre à l'objectif spécifique 3.

La dernière section de cette thèse est consacrée à la conclusion sur l'ensemble des éléments de la thèse. Cette conclusion aborde les principaux résultats de la recherche dans une perspective critique, c'est-à-dire une réflexion globale sur le processus de

l'élaboration de la PRSA et le changement dans les organisations de la santé. Nous y discutons également des contributions et des limites de cette étude.

## **CHAPITRE 2 : État des connaissances**

Cette thèse veut analyser le potentiel de la PRSA comme un modèle pour l'opérationnalisation de la responsabilité populationnelle. Pour répondre aux objectifs et mieux conceptualiser la PRSA, les notions suivantes sont abordées dans l'état des connaissances. Il s'agit de la responsabilité populationnelle, les réseaux intégrés de soins et le case management. Après s'être penché sur ces notions, nous abordons aussi les facteurs en lien avec l'institutionnalisation du changement, l'un des enjeux majeurs auxquels sont confrontés les systèmes de santé.

### ***2.1 La responsabilité populationnelle***

Depuis plusieurs décennies, les systèmes de santé ont entrepris des changements majeurs à la recherche de nouveaux mécanismes en vue de répondre aux besoins de plus en plus croissants et complexes des populations. Dans cette foulée, le gouvernement du Québec adoptait en 2003 la loi 25 (Québec, 2003) qui transforme les régies régionales de la santé et des services sociaux en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Il s'en est suivi la création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Cette réorganisation fondée sur une vision de responsabilité populationnelle a pour but d'améliorer la cohérence et l'efficacité du système ainsi que la prise en charge des problèmes socio-sanitaires de la population et ceci sur une base locale. Mais, cette vision d'une responsabilité populationnelle était déjà présente dans plusieurs énoncés de politique d'avant les années 1970.

En effet, en 1911, le Québec s'était doté de districts sanitaires qui sont considérés comme les premiers territoires régionaux de santé (Gaumer & Fleury, 2007). Le nombre de district augmenta progressivement au fil des années. Plus tard en 1926, on assistait à la création des unités sanitaires de comté (USC) qui s'intégraient aux régions précédemment créées. Au début, 23 USC ont été créés et ce nombre atteignit 73 dès les années 1970. Ce découpage territorial des USC devrait assurer une meilleure couverture des services d'inspection et de prévention. Cependant, le personnel des USC ne disposait d'aucune marge de manœuvre ni de réel pouvoir; et, aucune orientation claire n'était établie quant à la capacité des acteurs de ces USC à assumer de telles responsabilités (Gaumer & Desrosiers, 2004).

Le courant de prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux sur une base territoriale s'intensifiait dans les années 1960. En effet, la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES), mise en place en 1966 proposait un modèle régional de services sociosanitaires qui mettait de l'avant la régionalisation des soins et services (CESBES,1970) . Pour cette commission, la régionalisation de la gestion du réseau de la santé s'imposait. Ainsi, douze conseils régionaux de santé et services sociaux (CRSSS) ont été créés en 1971. Mais, ces CRSSS n'avaient aucun pouvoir sur les établissements de leur région (Gaumer & Fleury, 2007).

En 1988, une nouvelle commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux (Commission Rochon) militait en faveur d'une décentralisation politique, recommandant la transformation des CRSSS en régies régionales de santé et services sociaux (RRSSS) avec un pouvoir politique, renforçant ainsi le palier régional de la gouvernance du système de santé et des services sociaux. En 1991, avec la loi 120

(Québec, 1991), les RRSSS acquièrent de nouvelles fonctions de planification, de gestion, d'allocation de ressources et d'évaluation des activités de leur réseau régional respectif. Cette Loi 120 n'assurait cependant pas toujours toute la cohérence voulue, compte tenu de son objectif principal: le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population (Langlois, 1992). Comme le soulignent Gaumer et Fleury (2007), les régies régionales ne possédaient toujours pas suffisamment d'outils et de pouvoir pour réaliser une véritable décentralisation du système de santé et mieux coordonner les activités de leur réseau. Ces régies ont été abolies en 2004 parce qu'aucun véritable bilan n'a été réalisé concernant leur contribution à la décentralisation du système de santé (Turgeon, 2003).

Le déploiement des plans régionaux d'organisation des services (PROS) a constitué d'après Gaumer et Fleury (2007), le premier exercice rigoureux de planification régionale visant l'organisation locale de réseaux intégrés de soins. Dans les régions, les établissements et les organismes communautaires ont été encouragés à revoir leurs services sur une base locale pour permettre une meilleure adéquation des services aux besoins de la population (Gaumer & Fleury, 2007). Les constats de Gaumer et Fleury (2007) mettent en évidence le fait que ces PROS n'ont pas permis une réelle réorganisation des services.

La commission d'étude sur la santé et les services de 2000 (Commission Clair) pose le diagnostic des maux du système de santé en mettant l'emphase sur les principaux défis de la gouvernance. Le rapport souligne les contradictions entre les priorités nationales, régionales et locales; la confusion dans l'exercice des responsabilités de planification,

d'organisation des services et d'allocation des ressources et dénonce aussi le fonctionnement en silo des organisations de santé.

L'approche populationnelle est une approche de gestion des services de santé qui vise à assurer et à améliorer l'état de santé de la population d'un territoire donné (Barnard & Hu, 2005). Cette approche, issue de la santé publique et de la gestion des services de santé, implique de planifier les ressources et de coordonner les services en fonction des besoins de santé d'une population et non en fonction uniquement des besoins des individus qui consomment les services (Breton et al., 2008). L'approche populationnelle offre une perspective qui intègre les déterminants de la santé dans l'analyse des besoins de la population. Elle apporte ainsi une contribution importante dans l'organisation des services de santé et l'amélioration de la santé des populations et constitue de ce fait un moyen essentiel pour assumer la responsabilité populationnelle. L'approche populationnelle en santé prend en considération les déterminants de la santé et ces différentes stratégies sont conçues pour couvrir l'ensemble de la population. Le but de l'approche populationnelle dans le domaine de la santé est de maintenir et améliorer l'état de santé de la population entière et de réduire des inégalités dans l'état de santé entre les groupes et/ou les sous-groupes. L'approche populationnelle tâche donc de s'assurer que les systèmes de santé sont convenablement orientés pour améliorer l'état de santé des populations en appliquant des pratiques basées sur des évidences tout au long d'un continuum de services définis à partir des déterminants de la santé (Barnard & Hu, 2005). La responsabilité populationnelle se définit à l'égard de la santé et du bien-être d'une population et à l'égard de ses déterminants incluant l'accès à des services de qualité pour cette population. Cette responsabilité populationnelle est partagée avec l'ensemble des

acteurs du territoire (Breton et al., 2008). Dans une approche populationnelle, les déterminants individuels et collectifs ainsi que leur interaction sont mis à contribution pour une gestion centrée sur les résultats.

La notion de gestion centrée sur l'atteinte des résultats permet de responsabiliser tous les acteurs d'un territoire à l'égard de l'atteinte de l'efficacité populationnelle des programmes et des services et leur permet d'apprécier leur contribution respective à l'atteinte des résultats attendus (Breton et al., 2008).

L'approche populationnelle comprend quatre éléments essentiels à savoir une perspective populationnelle de planification et de gestion; une poursuite de l'efficacité populationnelle; une notion de continuum de services; et, l'adoption d'une gestion centrée sur l'atteinte des résultats (Breton et al., 2008). Elle nécessite donc une pratique partenariale à définir avec les différents acteurs d'un territoire donné. Logiquement, cette mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et régler des dimensions complexes de la santé et du bien-être de la population se réalise grâce à l'intégration et plus particulièrement la mise en place de réseaux intégrés de soins.

La responsabilité populationnelle tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs communautaires et institutionnels et du potentiel de contribution de ces divers acteurs. La coordination des services est sous la responsabilité du CSSS. Le défi pour le CSSS sera d'assurer le leadership, en collaboration avec les partenaires du territoire, de déployer et de coordonner les services de santé et services sociaux en réponse aux besoins de la population. Pour ce faire, les CSSS mobilisent les acteurs de la communauté pour trouver des solutions à des besoins complexes dans une optique de santé globale et de responsabilité partagée (Bisaillon et al., 2010). L'attribution d'une responsabilité

populationnelle aux CSSS pose de nouveaux défis qui se reflètent dans la nécessité d'inclure la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans un continuum de services qui réponde aux besoins de toute la population d'un territoire donné (Bisaillon et al., 2010).

La responsabilité populationnelle vise en somme à mobiliser les citoyens et les acteurs à propos d'objectifs et de projets communs en matière de santé et de bien-être. C'est principalement à l'échelle locale que des initiatives sont mises en place pour assurer la contribution de la population dans la réflexion et la prise de décision concernant l'organisation des services (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004).

Depuis longtemps, les systèmes de santé ont été dominés par une logique de production de services. Évoluant dans une telle logique, chaque établissement de santé définissait son offre de services en fonction des demandes de sa clientèle. Or, avec l'introduction de la responsabilité populationnelle, les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004). Dans la mise en œuvre des réseaux locaux de services (RLS), les CSSS doivent assumer une responsabilité populationnelle qui se traduit par l'accessibilité des services, la prise en charge des personnes qui les utilisent, et la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004).



Dans une perspective de santé publique, on peut distinguer les approches populationnelles des approches ciblant les groupes à risque, ces dernières étant aussi nommées approches ciblées ou individuelles (Rose, 1985). En réduisant l'exposition au risque pour l'ensemble de la population, l'approche populationnelle peut entraîner une amélioration d'un problème de santé publique.

Rose (1985) élaborait plusieurs critiques contre les approches de prévention par groupes à risque et proposait une stratégie populationnelle pour la médecine préventive dans le but d'améliorer la santé de la population. Pour l'auteur, la stratégie populationnelle doit viser la modification des conditions environnementales qui façonnent la distribution du risque dans une population, déplaçant ainsi l'ensemble de la distribution vers une diminution du risque. Un tel déplacement d'une distribution de risque a aussi comme effet de diminuer l'exposition chez les groupes les plus à risque.

Il est clair que les connaissances actuelles en organisation des soins mettent de l'avant l'importance des déterminants de la santé dans la planification et l'organisation des soins de santé. Ce faisant, il appert que l'approche populationnelle a un potentiel réel pour apporter une contribution significative à l'amélioration de la santé des populations et à réduire les inégalités de santé. L'approche populationnelle en considérant l'ensemble des besoins de la population, intègre les éléments reliés à la prévention, aux soins et au soutien dans la planification stratégique de l'offre de service du territoire. L'approche populationnelle implique ainsi le passage d'une culture axée sur les soins et services à une culture visant l'amélioration de la santé et le bien-être de la population du territoire. Le fonctionnement en réseau intégré nous apparaît comme une stratégie fondamentale pour assumer ce changement de paradigme.

## ***2.2 Les réseaux intégrés de soins***

Les réseaux intégrés de soins ont été mis en place pour répondre à la fragmentation et au peu de complémentarité des soins (Hogg, Rowan, Russel, Geneau & Muldoon, 2008; Perron, 2005). L'organisation en réseaux intégrés de soins est devenue très rapidement la solution à privilégier, particulièrement pour certaines problématiques ou clientèles spécifiques. La promotion de ces réseaux intégrés de soins est fondée sur l'importance des avantages qui y sont rattachés sur le plan de l'efficacité organisationnelle, de la qualité des soins, de la satisfaction des besoins locaux et du bien-être des personnes (Leatt, Pink & Guerriere, 2000).

La notion de réseaux intégrés de soins fait référence à deux concepts centraux. D'une part, elle évoque le concept de réseau de soins qui se rapporte à une dimension territoriale, ou une perspective clientèle ou programme (Fleury, 2006); et d'autre part, elle évoque le concept d'intégration des soins qui renvoie aux processus de coordination des activités en vue d'accroître le caractère fonctionnel et systémique d'un domaine d'intervention (Shortell & McCurdy, 2010), ou à la reconnaissance d'une interdépendance forte des différentes composantes du système de soins (Alter & Hage, 1993).

Il convient de définir les concepts de réseaux de soins et celui de l'intégration des soins pour mieux appréhender la notion de réseaux intégrés de soins.

### **2.2.1 Le concept de réseau de soins**

Le réseau est une structure, une forme émergente, mais constitue également une nouvelle modalité de coordination dépassant le marché (Bejean & Gadreau, 1997). C'est une structure d'organisation des activités économiques reposant sur un ensemble de relations

qui relie des entités, individus ou groupes, et qui traduit une interdépendance entre ses membres. La mise en place d'un réseau s'appuie sur une conduite collective et non individuelle (Domin, 2004).

Dans le domaine de la santé, les réseaux ont fait leur apparition dans les années 1980 (Pissarro, 2004). Quatre éléments fondateurs sont à l'origine du réseau: la recherche de complémentarités, la volonté de réduction de l'incertitude, la diffusion de l'information et des connaissances et le rôle de la confiance (Domin, 2004). Le développement des réseaux dans les années 1980 et 1990 s'est appuyé sur la recherche de complémentarités sur des questions comme la prise en charge de la vieillesse, des malades chroniques et autres types de pathologies. L'objectif étant de pouvoir réunir plusieurs expertises autour de problématiques complexes (Bejean & Gadreau, 1997). Le réseau nécessite d'abord un effort de coopération (Domin, 2004). Face à des questions complexes, les professionnels de la santé se concertent pour tenter de réduire l'incertitude à laquelle ils ont à faire face (Bejean & Gadreau, 1997). Dans cette perspective, la constitution du réseau permet de confronter les points de vue et les expériences sur des sujets complexes. De cette confrontation naissent des modèles de comportement permettant de réduire l'incertitude liée à la prise de décisions. Le réseau est donc utilisé pour réduire l'incertitude grâce à la confrontation des idées, des points de vue et des expériences (Bejean, 1999). Il ne repose donc ni sur des relations marchandes, ni sur des relations hiérarchiques, mais sur la base d'ajustements mutuels et des relations de confiance entre les intervenants. Le réseau, par la réalisation de complémentarités, offre les conditions d'un apprentissage de type allocation de ressources, mais aussi, et de manière concomitante, de type création de ressources (Naiditch et al., 2000).

Les réformes en faveur de la mise en place des réseaux dans le domaine de la santé s'appuient sur une organisation territoriale de l'offre en santé et permettent le maintien et le développement d'activités et de prestations de proximité. Le terme de proximité est une composante essentielle dans le fonctionnement des réseaux et renvoi à l'hypothèse d'une séparation entre les intervenants et favorise la prise en compte d'une coordination entre les acteurs. La proximité est censée réduire l'incertitude liée au coût des liaisons engendré par la diversité et l'éloignement géographique des groupes d'acteurs, en répartissant le risque sur un plus grand nombre de liaisons (Domin, 2004).

Les réseaux étant liés par des relations et interactions formelles et informelles, le maintien de relations de qualité est crucial. Ils permettent le transfert des connaissances et la résolution de problématiques que les organisations traditionnelles en silos ne peuvent résoudre (Gilchrist, 2006).

Le réseau est constitué d'organisations qui fournissent un continuum de soins à une population définie, et qui sont tenus collectivement responsables, tant financièrement que cliniquement, de leurs effets sur le système et sur la santé et le bien-être de la population desservie (Shortell, Gillies & Anderson, 1994). De ce fait, la notion de réseau remet en cause les principes intangibles de propriété et de frontière. Avec la multiplication des ramifications internes et externes, l'organisation productive ne connaît plus de limites géographiques ou physiques, dans la mesure où les responsabilités et les enjeux s'étendent sur le plan territorial ou géographique (Assens, 2003). On peut cependant faire une distinction en ce qui a trait à la notion de réseau. Dans le domaine de la santé, on distingue souvent deux types de réseaux selon la finalité sanitaire : les réseaux de soins et les réseaux de santé (Grosjean, Barcet & Bonamy, 2003). Les réseaux de soins visent à

améliorer l'organisation des soins destinés aux seules malades de la population cible. Quant aux réseaux de santé, ils visent à organiser une prise en charge globale et collective de la santé de la population cible et pas seulement des malades de cette population. Les réseaux de santé sont donc des organisations complexes, mais doivent être aussi dynamiques pour être en mesure d'apporter des réponses adaptées à la complexité de la prise en charge transversale des besoins des patients (Chvetzoff, Chvetzoff, Ramponneau, Saby & Mick, 2009).

La collaboration qui est le moteur dans le fonctionnement des réseaux présente des avantages tant pour les acteurs impliqués que pour les patients. Dans leur étude, Hasen et Nohria (2004) mentionnent cinq grands types de bénéfices à la collaboration entre secteurs : l'économie de coûts par le transfert des meilleures pratiques; une meilleure prise de décision par le partage des conseils entre collègues; l'augmentation des revenus par le partage d'expertise; l'augmentation de l'innovation par la pollinisation croisée; et, l'augmentation de la capacité d'action collective (Hansen & Nohria, 2004). L'existence d'un écart entre les soins usuels et les soins recommandés semble être diminuée par la mise en place d'un réseau de partenaires dans lequel la mesure et la communication en continu permettent d'améliorer les pratiques et d'offrir les meilleurs soins et services aux différentes populations de patients (Montague, 2006).

Le passage d'une logique de gestion d'établissements fondée sur une harmonisation bureaucratique des ressources vers une logique de gestion en réseau nécessite des outils sophistiqués de gestion de la connaissance et une maîtrise des processus organisationnels. La gestion en réseau nécessite le développement de nouvelles capacités (Rondeau & Jacob, 2009). En effet, selon ces auteurs, le changement actuel des modes de structuration

et de coordination du réseau de la santé prend la forme d'un changement radical. Il convient cependant de conduire ce changement selon la logique d'un apprentissage collectif dans l'action, avec de nombreuses itérations par lesquelles se produit une appropriation graduelle de nouvelles compétences et connaissances organisationnelles par tous les acteurs concernés (Rondeau & Jacob, 2009). Afin de demeurer compétitives, les organisations se doivent de stimuler et soutenir la collaboration interorganisationnelle afin de tirer profit adéquatement de leurs ressources respectives (Hansen & Nohria, 2004).

Pour assurer une meilleure efficacité de ses réseaux, certains éléments clés doivent être pris en compte. Selon Provan & Kenis (2007), les éléments-clés permettant de prédire l'efficacité des formes de gouvernance des réseaux sont la confiance, le nombre de participants au sein du réseau, le consensus sur les objectifs visés, le niveau de compétences requises pour effectuer les tâches et faire face aux demandes externes. Par ailleurs, les auteurs soulignent qu'il existe des tensions à gérer au sein d'un réseau. Ces tensions proviennent de la recherche de l'efficacité versus inclusion, légitimité interne versus externe et flexibilité versus stabilité (Provan & Kenis, 2007).

Cinq types de contraintes sont reconnus pour exercer des pressions sur les réseaux: les pressions politiques, l'élargissement des mandats, les contraintes sur les ressources, la qualité des soins et l'augmentation des opportunités de transfert des connaissances (Huerta, Casebeer & VanderPlaat, 2006). Selon Hansen & Nohria (2004), les barrières à la mise en place des réseaux sont : la réticence à rechercher l'avis et apprendre des autres; l'incapacité à chercher et trouver l'expertise; la réticence à aider et l'incapacité à travailler ensemble par le partage des connaissances.

Bien qu'ils engendrent certaines tensions et paradoxes, les réseaux demeureront une voie à préconiser pour construire les capacités du système et pour assurer une plus grande intégration des soins et des services (Huerta et al., 2006). L'organisation en réseaux intégrés de services s'appuie sur le développement de stratégies d'intégration en vue d'amener les organisations et les acteurs d'un système à répondre à des objectifs communs (Park, 1996). Le principal défi dans l'implantation d'un réseau est de trouver les éléments pour entraîner les différentes parties dans de nouvelles relations stables et durables de coopération. Ceci implique un changement de pratiques et surtout de mentalités de la part des acteurs (Clements, Dault & Priest, 2007; Thornhill, Dault & Clements, 2008).

### **2.2.2 Le concept de l'intégration des soins**

Au cours des 10 dernières années, l'intégration des soins a été présentée comme le modèle d'organisation des systèmes de santé qui devrait permettre d'améliorer la coordination des soins entre les différents prestataires de soins. La fragmentation croissante des soins a été la source de problèmes de discontinuité, de duplication et de l'absence de responsabilité dans le continuum de soins à travers la trajectoire des soins et services offerts aux usagers. Il est de plus en plus reconnu que l'intégration des soins est nécessaire pour assurer la continuité des soins, augmenter la qualité de vie des patients et leur satisfaction à l'égard des soins (Gillies, Chenok, Shortell, Pawlson & Wimbush, 2006; Reilly, Challis, Burns & Hughes, 2003). L'intégration des soins est donc devenue un concept central pour plusieurs réformes dans le domaine de l'organisation des soins. Les systèmes de santé sont de plus en plus confrontés à des enjeux de fragmentation des soins, de pénurie de ressources et des résultats de santé insatisfaisants surtout pour les

patients avec des maladies chroniques (Arrieta, Foreman, Crook & Icenogle, 2008; Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher & Grol, 2005; Wagner et al., 2005). Mais, les définitions de l'intégration demeurent vagues et non consensuelles (Malo, Grenier & Gratton, 2006). Pour certains auteurs, l'intégration est un processus multidimensionnel d'unification des services; pour d'autres, c'est la coordination des fonctions et des activités entre des unités opérationnelles. Cette diversité de définitions se trouve accompagnée d'une confusion notable sur la signification même du terme intégration, de ses implications au niveau de l'organisation et de la production de soins et services, ainsi que sur les résultats que nous pouvons en espérer (Rodriguez, 2003).

L'intégration des soins repose sur la réunion de l'ensemble des éléments associés à la prestation des soins et services, afin d'en améliorer la qualité, ce qui inclut la collaboration entre les établissements et les professionnels de la santé en vue d'assurer la coordination et la continuité des soins (Tonges, 1998). Trois catégories d'intégration sont généralement recensées : l'intégration clinique, l'intégration fonctionnelle et l'intégration des médecins (Fleury, 2006; Shortell, 1996)

L'intégration clinique se développe au moyen du renforcement de la continuité, de la coopération et de la cohérence des processus de soins. Selon Fleury (2006), l'intégration clinique vise l'implantation de bonnes pratiques et une continuité effective des services biopsychosociaux et entre les différents niveaux de services. Elle vise donc un meilleur suivi des patients. Quant à l'intégration fonctionnelle, elle renvoie à la coordination des fonctions administratives de soutien, telles que la planification, les systèmes d'information et la gestion des ressources financières. L'intégration fonctionnelle vient donc soutenir l'intégration clinique. L'intégration des équipes cliniques se caractérise par



le degré de dépendance économique des professionnels de la santé envers le système, de degré de recours aux services offerts dans le système et le degré de leur participation aux fonctions de planification, de gestion et de gouvernance du système.

En plus de ces trois types d'intégration, on a l'intégration normative qui, selon Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez (2001) offre aux acteurs un système commun de référence qui leur permet de coopérer pour réaliser, de façon efficace, le projet collectif dans lequel ils sont impliqués. Selon Fleury et al. (2006), l'intégration normative est d'emblée comprise dans les autres types d'intégration. Les dimensions de l'intégration visent à établir une cohérence entre le système clinique, la gouverne et le système collectif d'interprétation et de valeurs qui structurent l'espace dans lequel les organisations de santé interagissent. L'essence d'un système intégré de soins est qu'il est organisé autour des besoins et des préférences des patients, cela suppose que les patients sont activement impliqués dans les décisions au sujet de leurs propres soins (Contandriopoulos et al., 2001). Également, dans un système intégré, les soins sont donnés avec la collaboration optimale de tous les professionnels impliqués. Ces soins sont basés sur des évidences scientifiques et permettent d'assurer une amélioration continue de la qualité (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen & Wistow, 2003).

Selon Boelen (2000), l'intégration peut être comprise comme une façon de réduire les duplications inutiles, une façon d'exercer un contrôle des pertes inutiles, une synergie permettant de résoudre les problèmes de santé avec une plus grande efficacité. Elle est aussi perçue comme étant un choix d'interventions plus appropriées à des problèmes

complexes comportant de multiples facettes, une démarche de santé centrée sur les personnes et sur la satisfaction des clients (Boelen, 2000).

La dispensation de soins appropriés pour cette clientèle a conduit à un changement de paradigme dans l'organisation des soins. Désormais, les réformes à mettre en place vont permettre non plus une offre de soins épisodiques, mais des soins à long terme qui prennent en compte la diversité et la continuité des besoins de santé du patient. L'intégration des soins est donc souvent présentée comme la solution pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. La contribution de l'intégration est plus éloquent en ce qui concerne les avantages pour les clientèles vulnérables. Les travaux de Hoang et al. (2009) sur l'impact de l'intégration des soins pour les patients HIV ont montré que les patients qui bénéficient d'une prise en charge intégrée ont trois fois plus de chance de survie comparativement aux patients qui sont suivis dans des cliniques offrant seulement des soins pour le HIV (Hoang et al., 2009). Dans la même logique, Meulepas et al., (2007), ont examiné les effets de l'intégration des soins sur la prise en charge des patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Il s'agit d'une étude quasi expérimentale qui a examiné l'accessibilité et l'impact sur la santé des patients. Les résultats démontrent que dans le groupe expérimental, le nombre de visites prévu est passé de 16% à 44% alors que dans le groupe contrôle, un accroissement de 19% à 25% seulement a été observé ( $p=0,014$ ). En termes de résultats sur l'état de santé des patients, cette étude rapporte une amélioration de 17% à 67% des fonctions pulmonaires chez le groupe expérimental contre une amélioration de 11% à 18% dans le groupe contrôle ( $p=0,001$ ). De plus, la proportion de patients du groupe expérimental qui font un meilleur usage de pompes inhalatrices est passée de 41% à 54% dans un intervalle de deux ans.

Or, dans le groupe contrôle, cette proportion est passée de 47 à 29% ( $p=0,002$ ). Les auteurs de cette étude (Meulepas et al., 2007) ont conclu que l'intégration des soins a des effets positifs sur l'observance des recommandations par les patients et permet aussi d'améliorer les processus de soins et certains effets sur la santé des patients.

Dans une autre étude (Casas et al., 2006) sur l'intégration des soins pour les patients MPOC, les auteurs ont montré, à partir d'une étude randomisée, que les patients inscrits à un programme intégré de soins pour MPOC ont, après 12 mois d'observation, un faible taux d'hospitalisation comparativement aux autres patients qui reçoivent des soins usuels ( $1,5 \pm 2,6$  versus  $2,1 \pm 3,1$ ) et fort taux de non-réadmission (49 versus 31%). Les auteurs (Casas et al., 2006), ont donc conclu que l'intégration des soins basée sur des arrangements partagés de soins parmi les différents niveaux du système avec l'appui des technologies de l'information, réduit effectivement les hospitalisations pour les patients MPOC.

Dans une étude prospective de type avant-après, Ouwens et al. (2009) ont montré l'impact de l'intégration des soins sur la qualité des soins pour les patients atteints de cancer de la tête et du cou. Les résultats montrent que l'intégration des soins a permis une amélioration du délai d'attente pour les procédures diagnostics (une diminution de 37% du temps initial), une augmentation des activités de support pour la cessation du tabac (37%) et de support nutritionnel (44%), une augmentation de la disponibilité médicale (23%). Les auteurs de l'étude ont conclu que l'intégration des soins permet d'améliorer plusieurs aspects dans la prise en charge des patients atteints de cancer de la tête et du cou (Ouwens et al., 2009).

Selon Robinson & Casalino (1996), dans un système de santé où les groupes de professionnels et les établissements sont autonomes et parfois antagoniques, les efforts d'intégration devraient produire des effets évidents. Les avantages d'une intégration des soins incluent une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources en évitant la duplication des services. Dans cette même perspective, les bénéfices d'un système intégré de soins incluent une meilleure identification des besoins, une meilleure coordination, un meilleur suivi, la promotion de l'accès à des services complexes, une meilleure planification des services dans le temps, une diminution des coûts et une diminution des duplications des rôles entre les niveaux de services. Les bénéfices pour le patient sont reliés à l'amélioration de la qualité de vie et du statut fonctionnel (Casas et al., 2006; Meulepas et al., 2007; Ouwens et al., 2009). Ces avantages devraient permettre d'assurer la continuité des soins, peu importe le lieu de dispensation des soins (Gittell & Weiss, 2004; Robinson & Casalino, 1996).

L'intégration est utilisée pour identifier et mettre en place une variété d'actions qui doivent être intimement reliées entre elles, ceci afin d'assurer une gestion efficace des services envers les usagers, dans le cas d'une maladie donnée, ou pour un problème donné. Selon Ouwens et al (2005), les interventions pour améliorer les soins intégrés incluent le soutien et l'éducation du patient afin de le rendre plus actif dans la gestion de sa maladie ; des mécanismes de suivi clinique et de gestion de cas; la mise en place d'une équipe multidisciplinaire et une approche de soins basée sur les évidences.

Le modèle de réseau en santé fait inévitablement appel à des mécanismes de collaboration entre les professionnels et les différents organismes impliqués dans le réseau. Les communautés de pratiques ont à travailler ensemble pour développer des

approches efficaces pour répondre aux besoins des populations (Andrew, Tolson & Ferguson, 2008; Berwick, 2008). Le concept de réseaux intégrés de soins fait partie des modèles offrant un potentiel prometteur (Leatt et al., 2000) où le réseau est un ensemble circonscrit, persévérant et structuré d'organisations autonomes impliquées dans la production commune de soins. Ces organisations interagissent sur la base de relations négociées afin d'offrir à leur clientèle un continuum de soins complets et continus (Leatt et al., 2000; Shortell et al., 2005).

Les mécanismes de collaboration à mettre en place sont confrontés à trois enjeux principaux dans l'organisation de soins de santé : des soins et services centrés sur le patient, ses besoins et ses préférences en matière de services; un changement de paradigme en passant des soins fragmentés vers des soins intégrés axés sur des données probantes; et enfin, une approche qui tient compte des pressions sur les ressources économiques, matérielles, et humaines disponibles dans les organisations de santé (Lega & DePietro, 2005).

L'intégration des services et la création des réseaux accompagnent de façon logique l'évolution des pathologies et des problèmes de santé publique : le vieillissement de la population, la prévalence importante de maladies chroniques ou complexes à prendre en charge. L'accroissement des dépenses de santé, inévitable compte tenu des progrès technologiques et pharmaceutiques et de l'allongement de la durée de vie, entraînera toujours une recherche de l'utilisation optimale des ressources. Ce qui passe probablement par une concentration des actions de prévention, de prise en charge précoce de la pathologie, d'une meilleure observance des traitements, autant de voies

permettant de réduire l'apparition de pathologies, de complications, et de diminuer ainsi les hospitalisations et la mortalité.

Dans une organisation de soins, l'intégration peut impliquer des arrangements de travail entre partenaires afin d'optimiser l'impact des interventions par l'harmonisation des activités dans un programme spécifique. Dans cette optique, le processus d'intégration des services vise tout d'abord à coordonner de façon durable les pratiques d'acteurs autonomes et interdépendants pour mieux réaliser les projets collectifs souhaités en regard des réseaux intégrés de services (Contandriopoulos et al., 2001). Il renvoie aux processus de coordination des activités en vue d'accroître le caractère fonctionnel et systémique d'un domaine d'intervention (Shortell et al., 2005).

### **2.2.3 Le case management : un outil d'intégration clinique**

Dans l'organisation des soins et services de santé, on est sans cesse préoccupé par la recherche d'un juste équilibre entre les moyens à mettre en œuvre pour organiser et offrir des soins et services de santé et l'atteinte des objectifs de qualité. L'utilisation de ces moyens doit être parcimonieuse en s'ajustant au plus près des besoins des patients. Cette préoccupation est l'un des défis auxquels restent confronter les prestataires de soins. Plusieurs auteurs partagent la conviction selon laquelle les approches de case management constituent une avenue prometteuse pour une meilleure qualité des soins (Black, 2007; Gravelle et al., 2007; Sheaff et al., 2009).

Le case management est un nom générique utilisé pour désigner un mode d'organisation des services et de gestion des épisodes de soins. Il s'applique le plus souvent aux personnes atteintes de maladies chroniques ou complexes, tout au long d'un continuum de soins (Zander, 2002). Le case management est un processus d'évaluation, de

planification, de collaboration, de contrôle de la qualité et d'évaluation des services dans le but de déterminer le niveau de satisfaction de la clientèle. C'est un système de gestion qui permet d'organiser et de coordonner les ressources, les soins et les services requis par des clientèles spécifiques, et ce, dans le but d'atteindre des résultats cliniques et économiques tout en établissant les bases relatives au processus d'amélioration continue de la qualité (Black, 2007; Sheaff et al., 2009).

Ce mode d'organisation s'effectue en interdisciplinarité et inclut une évaluation standardisée de la condition de santé, une planification des soins à l'intérieur d'un cadre normatif, une offre de services de nature biopsychologique qui sont reconnus scientifiquement efficaces pour le problème identifié, une coordination dans un contexte d'interface entre les programmes et dans un réseau intégré de services, un suivi rigoureux du plan d'intervention et une évaluation continue permettant d'assurer que le patient recevra des services adéquats et efficaces aux moments opportuns (Fleury, 2006). Le case management est donc une stratégie axée sur le patient en vue de dispenser des services de santé et de soutien de qualité en utilisant les ressources disponibles de manière efficace et efficiente pour aider le client à atteindre ses objectifs.

Le case management réfère à un processus de gestion de la maladie qui met l'accent sur la collaboration et la gestion centrée sur la personne. Être centré sur la personne suppose que l'on adopte de manière explicite la perspective de la personne qui requiert des soins et services pour un problème de santé donné (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco, 1993). La prise en compte du point de vue et des besoins de la personne au regard de son problème de santé comporte des exigences pour le système de prestation de service de santé à savoir la considération par les professionnels de la santé des

dimensions biopsychosociales de la maladie (Booth & McBride, 2007; Stewart et al., 2003); l'adoption de mode de dispensation des services qui respectent les besoins, les valeurs et les préférences des personnes qui les reçoivent et une organisation des services qui met l'accent sur l'autonomie décisionnelle de la personne et favorise la continuité des services à travers les différents lieux de prestations (Perlin, Kolodner & Roswell, 2005). L'approche de case management suppose que les patients particulièrement ceux avec des besoins multiples ou complexes pourront avoir accès à un éventail de services offerts par plusieurs prestataires et sans rupture. Cette supposition met au cœur du case management, l'idée de l'existence de différentes ententes entre plusieurs prestataires de soins.

Le case management est une approche longitudinale qui implique une équipe multidisciplinaire de soins qui interviennent simultanément pour réduire les multiples facteurs de risque de la maladie (Ma et al., 2009). Généralement les modèles de case management ciblent les populations ayant un risque élevé ou la clientèle qui représente la grande partie des coûts pour les soins de santé (Casarin et al., 2002; Meier et al., 2004). Le concept de case management a été pendant longtemps utilisé pour les patients ayant une condition chronique (Stafford & Berra, 2007) et les soins pour les personnes âgées (Black, 2007; Gravelle et al., 2007; Sheaff et al., 2009).

Le case management dans sa forme simplifiée implique d'orienter le patient vers l'ensemble des soins et services requis selon sa condition. Dans ce cas, les gestionnaires de cas agissent en grande partie comme des agents de coordination. Mais, dans sa forme la plus complète, le case management inclut un éventail de processus pour satisfaire l'ensemble des besoins du patient en mettant en place une équipe interdisciplinaire et en misant aussi sur des activités capables de renforcer la capacité du patient à agir sur sa



maladie et les facteurs de risque. En dépit des grandes variations qu'on peut observer dans l'application des modèles de case management, le but poursuivi reste la coordination des soins pour assurer une meilleure continuité.

Les modèles de case management sont utilisés pour améliorer la qualité des soins, réduire la durée de séjour hospitalier, diminuer les coûts grâce à une meilleure utilisation des ressources et le travail en équipe, accroître la satisfaction des patients et aussi des prestataires de soins (Hodgman, 2008; Lee, Mackenzie, Dudley-Brown & Chin, 1998; Long, 2002; Tosun & Akbayrak, 2006; Zander, 2002).

Plusieurs études empiriques (Blegen, Reiter, Goode & Murphy, 1995 ; Liao & Lu, 1999; Lu, Su, Tsay, Lin & Lee, 2007 ; Lu, Wei, Liao & Hsu, 1999) ont montré que les patients qui bénéficient d'une stratégie de case management ont une incidence relativement faible pour les infections nosocomiales et expriment un niveau de satisfaction plus élevé pour la qualité globale des soins et leur participation dans la prise de décision des soins.

Les résultats de l'étude de Lu et al., (2007), ont montré, à partir d'une étude quasi expérimentale, que l'implantation d'une approche de case management pour les patients MPOC a engendré une réduction de la durée moyenne de séjour de 2,98 jours. Même si cette diminution de la durée moyenne de séjour n'est pas statistiquement significative, les auteurs ont affirmé que le recours à des procédures de case management permet d'améliorer la connaissance des patients sur la maladie et les facteurs de risques; mais, également la satisfaction des patients à l'égard des soins et du personnel soignant. En conclusion, les auteurs mentionnent que les approches de case management constituent des stratégies efficaces pour les patients MPOC.

McKinsey, Boren & Fidellow (1999) ont montré, à partir d'un modèle de case management basé sur des protocoles de soins, une meilleure adhérence à l'utilisation des protocoles et cela a engendré une amélioration dans la planification et la coordination des interventions offertes aux patients ainsi que les procédures de réadaptation.

Holmboe et al. (1999) ont évalué l'efficacité d'un modèle de case management destiné aux patients avec une insuffisance aiguë du myocarde dans 10 milieux hospitaliers différents. Cette étude a montré une amélioration dans la planification des traitements, mais cela n'a pas pour autant permis une réduction significative de la durée de séjour hospitalier dans le groupe d'intervention.

Bernabei et al. (1998) ont montré à partir d'un essai clinique randomisé, les effets d'un modèle intégré de soins et de case management pour les personnes âgées vivant dans la communauté. Les résultats de cette évaluation ont démontré que ce modèle a permis une réduction significative du taux d'admission à l'hôpital, de la durée moyenne de séjour et des visites à l'urgence. Cette étude montre également une réduction des coûts liés aux services communautaires et le maintien à domicile. Selon les auteurs de l'étude, le succès de cette intervention est lié à la mise en place de plans de soins et sa coordination à travers l'ensemble des différents établissements impliqués dans les soins.

Oeseburg, Wynia, Middel & Reijneveld (2009) ont fait une revue systématique pour évaluer les effets sur l'utilisation des services et les coûts liés aux soins de santé. Dans cette revue systématique, cinq études (Bernabei et al., 1998; Fordyce, Bardole, Romer, Soghikian & Fireman, 1997; Gagnon, Schein, McVey & Bergman, 1999; Long, 2002; Newcomer, Maravilla, Faculjak & Graves, 2004) ont été recensées sur les effets du case

management en termes de durée de séjour. Ces études ont montré une diminution significative dans la durée de séjour hospitalier dans les groupes d'intervention.

Curtis, Zou, Morris & Black (2006) ont mesuré les effets d'un modèle de case management sur les patients traumatiques. Cette étude est basée sur le suivi pendant 14 mois d'une cohorte de deux groupes de patients (un groupe expérimental et un groupe contrôle). Les résultats de l'étude ont montré une diminution de la durée de séjour hospitalier particulièrement chez les enfants et les adultes de 45-64 ans. La durée moyenne de séjour est passée de 7 à 5 jours, mais reste statistiquement non significative.

Tosun & Akbayrak (2006) dans une étude quasi expérimentale sur les effets du case management pour les patients ayant un infarctus aigu du myocarde ont montré après un suivi de 6 mois qu'il existait une différence (non significative au seuil de 5%) entre le groupe expérimental et le groupe témoin. La moyenne de la durée de séjour pour le groupe expérimental était de 5,14 jours  $\pm$  1,13 alors que dans le groupe contrôle, la moyenne se situait à 6,32  $\pm$  2,29.

Bien que largement reconnu comme solution à la fragmentation et au manque de coordination des soins, le développement des systèmes intégrés de soins se heurte à plusieurs écueils (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz & Huijsman, 2009). Selon Contandriopoulos et al., (2001), l'implantation d'un système de soins intégré est une entreprise longue, difficile et exigeante. Elle implique, simultanément et de façon récursive, que les pratiques des acteurs changent et que les relations entre les organisations se transforment. Bien que plusieurs recherches aient été faites sur les systèmes intégrés de soins, les études portent généralement sur des sujets spécifiques ou des groupes de patients et les conclusions de ces études sont parfois incompatibles (Smith

& Clarke, 2006). Par exemple, la mise en œuvre d'une gestion intégrée des soins nécessite la mise en place de guides de pratiques, la collaboration entre les différents partenaires et des dispositifs pour la mesure des résultats (Steuten, Vrijhoef, Van Merode, Wesseling & Spreeuwenberg, 2006). Pour Ouwens et al. (2005), il s'agit plutôt d'assurer l'autonomie du patient, l'utilisation des données probantes, le suivi clinique, la gestion de cas, la rétroaction et la mise en place des équipes multidisciplinaires.

En guise de synthèse, la philosophie d'une responsabilité populationnelle a été présente depuis plusieurs décennies dans nombreuses orientations politiques sur la gouvernance des systèmes de santé. En effet, le concept de responsabilité se trouve au cœur de nombreuses réflexions politiques et institutionnelles sur la modernisation de la gouvernance des systèmes de santé. Dans une approche de régionalisation, cette responsabilité repose sur la collaboration entre tous les acteurs régionaux (ou locaux) du système de santé. L'idée de partenariat, qui est présente depuis plusieurs années dans les politiques publiques est également envisagée pour assumer la responsabilité populationnelle. C'est par le partenariat, qui permet le dialogue, que les consensus se créent, que s'exprime l'intérêt général et que sont surmontés les problèmes de la confrontation (Charbonneau & Estèbe, 2001).

Avec la mise en place des réseaux de soins, la responsabilité populationnelle est considérée en tant que principe premier devant guider l'action des différents acteurs. La notion de responsabilité populationnelle est donc liée à un territoire et à la population de ce territoire. Il s'agit d'une responsabilité partagée collectivement entre les différents prestataires du territoire pour réaliser une approche systémique afin de maintenir et améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble.

La détermination des besoins par territoire est susceptible d'entraîner une nouvelle allocation des ressources hospitalières, qui ne serait plus attribuée individuellement par établissement, mais collectivement par territoire de besoin de santé (Domin, 2004). Cette logique de territoire devrait favoriser la coopération entre les établissements de santé, allant jusqu'à la mise en réseau de leurs moyens. L'approche populationnelle peut ainsi permettre d'allouer les ressources hospitalières sous une double contrainte de qualité et d'égalité dans l'accès aux soins, c'est à dire sous une véritable contrainte d'équité (Pineault & Levesque, 2008).

Ce qui semble se dégager de la littérature actuelle sur l'approche populationnelle est une sorte de consensus sur le passage d'une approche clientèle ou une approche institutionnelle à une approche qui se focalise sur les besoins de la population. Par contre, ce changement de paradigme soulève la question de la gestion du changement. Les acteurs d'un territoire donné ont-ils réellement la capacité d'assumer ce nouveau rôle ? Si oui, comment ? Ces questions fondamentales sont très peu abordées dans la littérature.

D'un autre côté, l'intégration des soins est la solution qui semble être privilégiée pour corriger la fragmentation et le peu de complémentarité dans les soins et services. L'état des connaissances montrent que les expériences d'intégration des soins sont généralement faites pour consolider les services autour d'une clientèle ou d'une problématique particulière. Ces expériences donnent généralement des résultats satisfaisants, mais demeurent des expériences verticales et spécifiques. L'expérience de la PRSA constitue à cet égard un modèle intéressant à examiner pour adopter une perspective plus

transversale dans l'intégration des soins à l'échelle régionale et qui cible les différents besoins de santé de la population.

Avant d'aborder la conceptualisation de la PRSA, il convient de rappeler les principaux facteurs liés à l'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé.

### ***2.3 Les facteurs liés aux changements dans les organisations de la santé***

Plusieurs auteurs sont d'accord sur le fait que la mise en œuvre d'une politique ou d'une intervention implique nécessairement un processus d'innovation dans les organisations (Collerette & Schneider, 1996; Denis, Lamothe & Langley, 2001). En effet, l'introduction de la PRSA dans la région de Laval a apporté une nouvelle manière de faire en matière d'organisation et de dispensation des soins de santé. C'est pourquoi nous considérons que la PRSA constitue une innovation parce qu'elle offre une nouvelle façon de faire en matière d'organisation et de dispensation des soins. D'autant plus qu'elle cadre aussi parfaitement avec la définition de Rogers (2003) qui stipule que l'innovation est toute idée, pratique ou objet perçu comme nouveau à un individu ou une unité d'adoption. Trois groupes de facteurs liés aux changements dans les organisations de la santé seront abordés dans cette section : les facteurs liés à l'organisation et à son environnement; les facteurs liés aux individus et au style de leadership; et, les facteurs liés à l'innovation elle-même.

#### **2.3.1 Les facteurs liés à l'organisation et son environnement**

Les facteurs organisationnels font appel à quatre concepts respectivement relatifs aux spécificités environnementales, structurelles, culturelles et organisationnelles (Rogers, 2003).

Les spécificités environnementales traduisent la nature turbulente du secteur dans lequel évolue l'organisation visée par le changement, ainsi que la perception d'une forte incertitude de l'environnement par ses acteurs. Ces spécificités environnementales sont encore plus importantes selon la nature des relations que l'organisation entretient avec son environnement (Teece, 2001). Au nombre des spécificités environnementales, on retrouve les facteurs socio-économiques qui font référence au contexte de contraintes budgétaires, à l'évolution démographique caractérisée par un vieillissement de la population, à l'avancement des connaissances (connaissances sur les technologies, la maladie et ses déterminants ainsi que les modalités de prise en charge), etc. La reconnaissance de l'influence de ces facteurs s'inscrit dans une conception déterministe du changement. En effet, la conception déterministe du changement organisationnel insiste sur le caractère inflexible de l'organisation et voit dans la structure, le système, la culture des facteurs de rigidité et d'inertie qui tendent à préserver l'organisation des changements. Cette conception déterministe met l'accent sur les facteurs organisationnels et voit les pressions de l'environnement comme le principal moteur des transformations organisationnelles. Cette approche envisage la dynamique organisationnelle essentiellement dans le sens d'une action de l'environnement sur l'organisation et conçoit donc les organisations comme réactives aux stimuli de l'environnement, les réactions étant fortement structurées par le contexte environnemental.

Les spécificités structurelles traduisent la nature organique de la structure organisationnelle ainsi que le degré important de décentralisation de la prise de décision qui caractérise les organisations (Teece, 2001).

Le système de santé est généralement perçu comme une entité complexe, interactive, organique où les expérimentations, les études empiriques et la réflexion sont centrales pour créer une culture d'innovation, d'amélioration et par conséquent d'efficacité (Kitson, 2009). Peu de systèmes sont aussi complexes à gérer que les systèmes de santé (Kitson, 2009; Mintzberg, 2007; Rondeau & Jacob, 2009). La transformation de nouvelles connaissances en pratique organisationnelle est cependant un processus lent et imprévisible (Nutley, Walter & Davies, 2007). Changer le comportement des professionnels, en particulier dans les organisations de la santé où l'autonomie professionnelle est fortement reconnue et constitue un processus complexe et difficile (Nutley et al., 2007). Même l'application des meilleures innovations basées sur des évidences scientifiques reste parfois un défi (Fitzgerald, Ferlie & Hawkins, 2003). En effet, les travaux en psychologie des organisations soulignent que les organisations en général disposent de la capacité à se transformer, mais elles disposent également d'une capacité à définir des règles assurant ainsi la précision des actions et la stabilité (Burnier & Masserey, 2002).

L'environnement dans lequel évoluent les organisations de la santé est de moins en moins prévisible. Les réformes que connaissent les systèmes de santé obéissent à des impératifs souvent contradictoires : standardisation versus adaptation, réactivité vs anticipation, etc. pour concilier ses contradictions, la collaboration entre les professionnels de la santé, mais aussi entre les structures de la santé devient plus que nécessaire. Une telle collaboration est nécessaire pour une approche plus efficace des soins (Andrew et al., 2008; Fung-Kee-Fung et al., 2008). Mais, lorsqu'elles fonctionnent harmonieusement, ces coopérations permettent de valoriser les complémentarités entre des organisations



confrontées aux mêmes enjeux stratégiques et aux mêmes contraintes structurelles. En effet, lorsque la coopération devient durable et réciproque, au point de fidéliser les partenaires dans un jeu consensuel fondé sur la confiance, une organisation en réseau se construit (Assens & Jacob, 2008).

Selon Provan & Kenis (2007), les éléments-clés permettant de prédire l'efficacité des formes de gouvernance des réseaux sont la confiance, le nombre de participants au sein du réseau, le consensus sur les objectifs visés, le niveau de compétences requises pour effectuer les tâches et faire face aux demandes externes. Par ailleurs, les auteurs soulignent qu'il existe des tensions à gérer au sein d'un réseau à savoir efficience versus inclusion, légitimité interne versus externe et flexibilité versus stabilité (Provan & Kenis, 2007).

Déployer un tel système de gouvernance du réseau exige donc de se familiariser à une démarche de développement organisationnel qui prenne en compte les impacts sur le personnel des ajustements majeurs exigés par ces nouveaux modes de gestion, qui aide le personnel à comprendre et à redéfinir les valeurs, les rôles, les pratiques et les comportements à adopter (Rondeau & Jacob, 2009). Cela signifie aussi la mise en place et le suivi d'un ensemble d'activités de support (communication, formation, accompagnement, etc.) pour que les professionnels concernés en viennent à s'approprier et à traduire dans leur action quotidienne les exigences des nouveaux modèles de gestion en émergence (Lamothe, 2002). Selon cette perspective, le changement des modes de structuration et de coordination du réseau de la santé prend la forme d'un changement radical qu'il convient cependant de conduire selon la logique d'un apprentissage collectif dans l'action, avec de nombreuses itérations par lesquelles se produit une appropriation

graduelle de nouvelles compétences et connaissances organisationnelles par tous les acteurs concernés (Rondeau & Jacob, 2009).

Les spécificités culturelles des organisations traduisent le climat de communication ainsi que l'état d'esprit face à l'innovation et au changement. Elles désignent aussi la présence d'incitatifs mis en œuvre dans ces organisations (Bounfour, 2000; Munkvold, 1999). Certaines caractéristiques qui sont intrinsèques à chaque organisation contribuent à la l'implantation d'une innovation. Il s'agit de la taille, la variété de services, diversité de clientèle, la gamme de technologie utilisée ainsi que les qualifications du personnel (Rondeau, 1999). Donc, à elle seule, l'innovation ne suffit pas à transformer une organisation si cette dernière ne se l'approprie pas, à la fois en amont pour reconnaître la nécessité de l'innovation, ou d'une innovation particulière et en aval, pour l'intégrer dans sa réalité quotidienne, réorganiser autour d'elle ce qui doit l'être, la rendre perceptible et exploitable par les différents acteurs qui constituent l'organisation. Selon le modèle du développement organisationnel, les variables explicatives de l'adoption d'un changement sont celles qui mettent en cause la capacité de développement des organisations : la présence dans l'organisation d'un style participatif de gestion (Armenakis, Harris & Feild, 1999), la décentralisation des processus de décisions (Proctor & Doukakis, 2003), et la mise en place de mécanismes favorisant une bonne communication (Armenakis et al., 1999; Lewis, 2000; Proctor & Doukakis, 2003).

On retrouve la présence de divers types d'intérêts dans les organisations, car il s'agit également de systèmes politiques. Les droits acquis des membres de l'organisation constituent des sources importantes de résistance à un changement, car celui-ci peut modifier ou menacer le système politique existant dont certains groupes bénéficient. Le

fait que les organisations soient imbriquées dans un ensemble de relations sociales et de normes informelles qui modèlent les comportements, au même titre que les règles formelles et la poursuite des intérêts constituent des obstacles à l'adoption d'une innovation (Gagnon, 2003). Dans les organisations de santé, l'allégeance des professionnels à des associations collégiales représente un facteur pouvant influencer l'introduction des innovations (Scott, 1990).

Par ailleurs, une méta-analyse des facteurs organisationnels d'adoption des innovations a été réalisée par Damanpour (1991) à partir des variables associées aux caractéristiques de divers types d'organisations. Il en ressort que certaines de ces caractéristiques ont une influence importante sur l'adoption des innovations par les organisations. Ainsi, la spécialisation des tâches, le professionnalisme, la différenciation verticale, la centralisation de la prise de décision, l'attitude des gestionnaires face au changement, l'intensité administrative, les ressources en connaissances technologiques, la disponibilité des ressources et les communications externes avaient une influence significative sur l'adoption des innovations.

Une autre étude (Subramanian & Nilakanta, 1996) s'est penchée sur l'association entre certaines caractéristiques des organisations et leur degré d'adoption de différentes innovations. Dans le cas des innovations techniques, c'est-à-dire des innovations touchant le centre opérationnel de l'organisation et les processus de production, la centralisation de la prise de décision était négativement associée au degré d'adoption des innovations. Cependant, la spécialisation des tâches, la disponibilité des ressources et la taille de l'organisation avaient une influence positive sur l'adoption des innovations techniques.

Les spécificités organisationnelles quant à elles, traduisent les structures de communication existantes au sein de l'organisation. Ces structures révèlent des activités de veille organisées avec une allocation de temps et de ressources à l'observation de l'environnement

L'interdépendance entre les organisations et leur environnement est considérée comme une condition pouvant limiter l'adoption des innovations par les organisations, car ces dernières doivent se soumettre à l'idéologie en présence dans l'environnement afin de justifier et de légitimer leurs activités (Gagnon, 2003). Le caractère complexe et mouvant des facteurs environnementaux accentue la nécessité du changement et incite les organisations à rechercher une plus grande flexibilité pour pouvoir s'adapter aux contraintes extérieures. Par ailleurs, Scott (1990) soutient que ces mêmes conditions peuvent devenir des éléments favorisant l'adoption des innovations si elles se retrouvent dans un contexte approprié. Par exemple, au lieu de sembler menaçante, l'introduction d'une innovation pourra, au contraire, favoriser les intérêts d'un groupe et ce dernier en fera ainsi la promotion active. Selon Rondeau (1999), les pressions environnementales peuvent encourager le changement comme elles peuvent l'empêcher. La pression externe peut augmenter le taux d'activité des membres d'une organisation et les mène vers le changement. Dans ce cas, les pressions environnementales agissent en tant que force de propulsion. Autrement, ces pressions peuvent constituer des obstacles au changement.

Plusieurs ressources ont été investies pour comprendre pourquoi les acteurs, groupes d'acteurs ou même les organisations entières n'entreprennent pas le changement de manière dynamique et continue et pourquoi l'introduction de nouvelles technologies, de pratiques et de processus (cliniques ou organisationnels) n'est pas une partie d'un corpus

de comportements, de compétences et d'attributs possédés par la plupart des acteurs de l'organisation. Ces questions constituent encore des préoccupations pour les organisations de la santé à travers le monde (Woolf, 2008) et des programmes de recherches sont développés pour améliorer l'application des nouvelles connaissances dans la pratique (Graham & Tetroe, 2007, 2009).

### **2.3.2 Les facteurs liés aux individus et au leadership**

En théorie, le processus de changement est optimal sous les hypothèses restrictives de rationalité parfaite des acteurs, d'information parfaite et d'unicité du décideur. Ces hypothèses sont loin d'être vérifiées dans la réalité, et elles le sont d'autant moins lorsque le changement envisagé est important. De plus, la rationalité du processus peut être aussi limitée par les défauts de raisonnement des acteurs impliqués dans la démarche, ce que certains auteurs (Laroche & Nioche, 1994; Nioche & Laroche, 2006; Schwenk, 1984) appellent les biais cognitifs. D'où le recours à des outils d'analyse qui ont pour vocation de répondre à une triple contrainte : rationaliser le processus de conduite du changement, appréhender la complexité croissante des organisations, fournir aux acteurs de l'organisation des instruments d'analyse pertinents et rapidement mobilisables. Ainsi, la rationalité limitée apparaît comme un obstacle majeur au changement (Scott, 1990) à cause de la présence de règles et de rôles au sein de ces institutions, prescrivant certains comportements qui permettent de réaliser les fins de l'organisation. Selon Simon (1991) la rationalité limitée réfère au fait que les individus sont rationnels, mais que cette rationalité est limitée parce que les individus commettent des erreurs de jugement et n'atteignent pas toujours les buts qu'ils se sont fixés (Simon, 1991) .

Le fort taux d'échec du changement a conduit plusieurs chercheurs à conclure que d'autres variables que celles reliées aux caractéristiques de l'organisation sont aussi importantes pour comprendre les déterminants de l'adoption d'une innovation. Ainsi, plusieurs auteurs (Kavanagh & Ashkanasy, 2006; Vakola, Tsaousis & Nikolaou, 2004; Wanberg & Banas, 2000) ont adopté une perspective d'analyse au niveau micro pour tenter de comprendre comment au niveau des organisations, les différents acteurs réagissent face à un processus de changement. Il ressort que, plusieurs initiatives de changement échouent à cause de la sous-estimation du rôle des individus et des variables cognitives et affectives. Par conséquent, pour opérer un changement, qu'elle soit de nature technologique ou structurelle, les variables organisationnelles à elles seules ne suffisent pas. L'adoption et l'implantation d'une innovation dans une organisation dépendent largement de l'engagement et de la motivation des gens qui y travaillent (Bernerth, 2004; Eby, Adams, Russell & Gaby, 2000). Les conclusions de ces études rejoignent les explications du modèle psychologique du changement. En effet, ce modèle met l'accent sur les croyances, les comportements, les attitudes, et les intentions face au changement (Ajzen & Fishbein, 1980). Selon ce modèle, les variables explicatives du degré de l'implantation du changement sont celles qui compromettent la propension des individus à accepter l'implantation d'une innovation.

Le changement dans les organisations est un processus laborieux qui ne conduit pas toujours à la situation souhaitée (Boerner & Dütschke, 2008). On estime qu'environ 70% des initiatives de changement échouent (Beer & Nohria, 2000; Higgs & Rowland, 2001; Smith, 2003). Le manque de leadership soutenu pendant la phase d'implantation est souvent soulevé comme l'une des principales causes de l'échec du changement. Le

modèle politique d'analyse du changement (Denis & Champagne, 1990) nous apprend que, dans une organisation, les acteurs adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation. Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs qui exercent des contrôles importants dans l'organisation (Denis & Champagne, 1990).

Un autre facteur associé au faible succès du changement dans les organisations est la non-implication des détenteurs d'enjeux dans la phase d'élaboration de l'innovation (Trader-Leigh, 2002). Selon Kitson (2009), l'adoption d'une innovation est plus efficace quand la stratégie d'implantation implique les différents détenteurs d'enjeux dans la gestion des ressources humaines et matérielles ainsi que la gestion des contraintes environnementales. Mais dans le même temps, Peltokorpi et al. (2008) attirent notre attention sur le fait que plus le nombre de détenteurs d'enjeux est élevé, plus on est en présence de différents valeurs et buts à réconcilier pour promouvoir le changement, ce qui complique l'implantation et l'adoption d'une innovation (Peltokorpi, Alho, Kujala, Aitamurto & Parvinen, 2008).

L'appui des parties impliquées s'avère également être un facteur essentiel à examiner dans les périodes du changement. Les parties impliquées sont, selon Rondeau (1999) les groupes d'acteurs qui influencent les orientations et l'évolution de l'organisation. Plus ces groupes d'acteurs supportent le changement proposé et le considèrent légitime, plus grandes sont les chances de son adoption et de son implantation. Les détenteurs d'enjeux peuvent orienter le processus de changement en influençant la prise de décision au niveau des gestionnaires ou en ne fournissant pas les ressources nécessaires pour le changement

(Hafsi & Fabi, 1997). L'influence de ses acteurs dépend de leur pouvoir et de leur légitimité dans l'organisation (Mitchell, Agle & Wood, 1997). La participation de ces détenteurs d'enjeux dans le processus de changement est un facteur essentiel de succès (Peltokorpi et al., 2008). Selon Kitson (2009), l'adoption d'une innovation est fonction du niveau d'autonomie dont disposent les acteurs impliqués dans l'implantation de ladite innovation. Toutefois, leur pouvoir d'influence n'est pas toujours utilisé pour favoriser l'implantation de l'innovation. Leur action est fortement influencée par la présence d'incitatifs en faveur ou non à la promotion du changement (Trader-Leigh, 2002). Ces conclusions sont en harmonie avec les facteurs explicatifs du changement que fournissent le modèle rationnel et le modèle politique. En effet, le modèle rationnel de l'analyse du changement stipule que les variables explicatives sont celles qui peuvent mettre en cause la planification ou le contrôle du changement: le processus de changement (Evans, Over & Manktelow, 1993), le contrôle sur les responsables de l'implantation du changement (Harrison & Kimani, 2009), la cohérence entre les attentes des acteurs (Elmore, 1978), et la communication des stratégies de l'implantation (Harrison & Kimani, 2009). Le modèle politique tient compte du fait que, dans une organisation, les acteurs adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation. Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs qui exercent des contrôles importants dans l'organisation (Denis & Champagne, 1990).



Certaines initiatives exigent des changements radicaux de pratique alors que d'autres pourraient être exécutées avec seulement des changements plus incrémentaux. Quel que soit le type de changement, de nouvelles connaissances ou qualifications sont nécessaires pour changer une organisation (Eisenhardt & Martin, 2000). En plus de ces connaissances, il y a dans les organisations des prétentions culturelles et des règles normatives qui sont souvent difficiles à modifier et pourraient nuire aux possibilités de divers acteurs à adopter une innovation (Reger, Gustafson, Demarie & Mullane, 1994; Schein, 1992; Smircich, 1983).

Les spécificités du profil des gestionnaires traduisent le caractère entrepreneur et novateur des dirigeants de l'organisation, ainsi que leur forte implication dans l'implantation et l'adoption de l'innovation. Les organisations apprenantes se caractérisent généralement par une direction qui manifeste un goût prononcé pour le changement, qui conduit le changement sans l'imposer, et de manière participative, grâce à un soutien fort lors de la mise en œuvre du projet (Bounfour, 2000; O'Flaherty & Williams, 2000). La mise en marche d'une innovation renvoie fondamentalement à une idée, une vision, qui oriente l'action vers le changement. Les travaux de Dagenais, Desbiens & Joubert (2005) montrent que, lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle a plus de chance de se disséminer. Il s'agit ensuite de s'entendre sur la signification du changement souhaité. Les visions des leaders à elles seules ne suffisent pas pour créer un mouvement organisé en faveur d'un changement (Kouzes & Posner, 2002). Les projets dont la vision a été clarifiée, expliquée, diffusée largement ont plus facilement conquis l'adhésion des acteurs concernés, favorisant ainsi l'atteinte des objectifs.

### **2.3.3 Les facteurs liés aux caractéristiques de l'innovation elle-même**

D'après le modèle de diffusion des innovations de Rogers, il existe des caractéristiques spécifiques à l'innovation qui influenceront le taux d'adoption (Rogers, 2003). Selon cet auteur, les caractéristiques d'une innovation affectent 49 à 87% de la variance dans le taux d'adoption. En appliquant le modèle de diffusion des innovations, Berwick (2003) met en évidence cinq caractéristiques des innovations qui influencent leur adoption dans les organisations de santé. Il s'agit : du bénéfice perçu, de la visibilité que produit les résultats de l'innovation, de la compatibilité du changement par rapport à la culture organisationnelle et au système de croyance personnelle, du niveau de simplicité de l'innovation et de la facilité dans l'expérimentation de l'innovation (Berwick, 2003).

En guise de synthèse, le changement résulte d'une activité collective. Lorsque les acteurs perçoivent des avantages, même relatifs, pour améliorer la situation et la rendre plus efficace dans leur pratique ou pour la clientèle, ils sont plus favorables à adhérer au changement proposé, augmentant par là les chances de produire un changement réel (Aubert & Hamel, 1997). Dans ce cas, l'innovation agit comme stimulation et soulève de l'enthousiasme par les promesses d'amélioration qui accompagnent les actions. L'introduction d'une innovation passe nécessairement par la négociation et la conclusion d'ententes entre les acteurs, les groupes d'acteurs et les organisations touchés. Le fait d'être à l'écoute des groupes d'intérêt concernés par le processus de changement favorise une plus grande mobilisation autour du changement proposé. Intéresser les autres acteurs peut être facilité lorsque ceux-ci perçoivent des gains ou des avantages à participer au processus de changement. Le rôle des initiateurs-promoteurs consiste à convaincre les acteurs de ces avantages et de la pertinence du changement, de les rallier autour du projet

de changement. Ces défis ou barrières incluent le manque d'un leadership soutenu, l'inadéquation de ressources pour l'implantation, le manque de temps, l'incapacité à mettre en place un système de collecte de données et de rétroaction, l'instauration d'incitatif inapproprié et la résistance culturelle au changement. Le succès d'une initiative de changement dépend du temps, de l'attention et des ressources qui y sont dédiés surtout dans la phase de départ de l'implantation (Trypuć, Macleod & Hudson, 2006). Selon ces auteurs, la probabilité de succès d'une initiative de réforme augmente si une culture est développée pour soutenir la réforme au fil des années.

En clair, la recension des écrits sur les déterminants du changement dans les organisations permet de se rendre compte de la diversité de facteurs qui peuvent influencer le processus de changement. Dans le cadre de cette thèse, nous adoptons une approche émergente pour étudier l'évolution de la PRSA. Il s'agira donc de ne pas mettre l'accent sur un modèle théorique en particulier, mais de couvrir l'ensemble des déterminants pouvant apporter une explication.

## **CHAPITRE 3 : Conceptualisation de l'objet d'étude**

L'objet de l'étude porte sur la programmation régionale de services ambulatoires, une expérience de consolidation du réseau régional de soins de courte durée à Laval. Le but poursuivi par cette programmation est d'accroître l'accessibilité aux services de courte durée de santé physique et mentale à travers la diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital et l'augmentation de la rétention régionale des patients. Pour ce faire, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant : une stratégie d'augmentation de l'intégration des ressources et services, une stratégie d'augmentation de la disponibilité des ressources et une stratégie de virage ambulatoire. Le déploiement de chacune de ces stratégies fait appel à différents modèles d'organisation et de planification des soins de santé notamment l'approche populationnelle, l'approche de réseaux intégrés de soins et les stratégies de case management.

Dans la conceptualisation de l'objet de l'étude, nous présentons une description de la PRSA en mettant en évidence les différents aspects en lien avec l'approche populationnelle, l'approche de réseau intégré de soins et le case management.

La description de la PRSA s'inspire de plusieurs documents dont principalement le cadre de référence de la programmation régionale des soins et des services ambulatoires (2001) publié par l'Agence de la Santé et des services sociaux de Laval ainsi que le rapport d'évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval fait par Champagne et al. (2001).

### ***3.1 Le point de départ de la PRSA***

À Laval, le phénomène de l'accroissement de la population a amené depuis plusieurs années les différents milieux lavallois à se préoccuper de la capacité de la région à répondre aux besoins des gens en matière de services de santé.

En cherchant un niveau d'autosuffisance comparable aux autres régions du Québec, soit de pouvoir répondre à 65 % des besoins de la population du territoire, les autorités sanitaires de la région de Laval ont entrepris plusieurs analyses permettant de préciser les ressources additionnelles à investir. Le besoin ressenti s'est situé particulièrement au niveau des services de courte durée. D'après l'analyse réalisée en janvier 1994 par le Comité d'implantation d'un deuxième hôpital à Laval, atteindre ce niveau d'autosuffisance en courte durée impliquait l'ajout de 300 lits pour l'année 2001. Cette estimation du besoin en lits de courte durée est basée sur l'analyse de la durée moyenne de séjour observé en 1995-1996 ainsi que les projections faites pour 2006. La reconnaissance de cette problématique a permis de mûrir la réflexion sur le modèle d'organisation de soins et de services le plus propice à développer.

La démarche, toujours bien enracinée dans les priorités régionales et appuyée par les différents milieux lavallois, a évolué à la lumière des transformations profondes du système de soins, notamment celles de mettre en route, d'orienter et de réaliser le virage ambulatoire. C'est ainsi que le Conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval mettait sur pied en décembre 1995 le Comité d'implantation du centre hospitalier ambulatoire dont la mission était de proposer une nouvelle façon d'organiser les services de courte durée. Le travail de ce comité s'est basé sur les nouveaux enjeux de la prestation des services, soit :

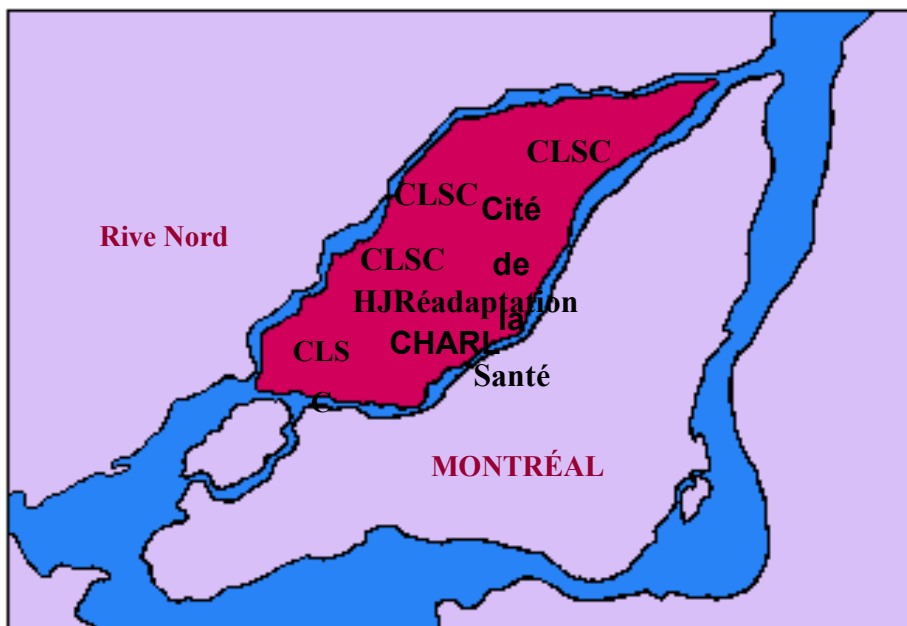
- le recours croissant à la chirurgie d'un jour et à la médecine de jour, compte tenu des développements technologiques et pharmacologiques ;
- la diminution marquée des durées moyennes de séjour hospitalier ;
- le développement de programmes de soins à domicile ; et
- le développement et l'adoption des modèles d'organisation axés sur des réseaux de services sociosanitaires intégrés.

Le Comité concluait qu'il était possible d'atteindre l'objectif de desservir 65 % de la clientèle lavalloise et de combler le besoin en services de courte durée en misant sur une programmation de substitution des activités hospitalières conventionnelles par des activités ambulatoires.

Pour ce faire, le Comité recommandait (1) la diminution progressive de 20 à 25 % des durées moyennes de séjour en milieu hospitalier conventionnel, (2) la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles actuelles par le recours à de nouvelles technologies et à de nouvelles façons de faire dans le milieu, (3) l'ajout de ressources financières, humaines et matérielles adéquates pour soutenir le changement des pratiques proposé à même les établissements déjà existants (modèle virtuel appelé Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval, ou CHARL) et (4) la programmation de soins et de services de courte durée en fonction des habitudes de consommation de la population. En 1997, le Conseil d'administration de la Régie régionale de Laval recevait favorablement ces recommandations et appuyait la poursuite des travaux dont en particulier une démarche de programmation régionale de soins et de services. Un Comité de coordination était créé afin de superviser l'ensemble des travaux, qui se sont échelonnés de mars 1997 à mai 1998.

Dès lors, une série de travaux se sont amorcés à la Régie régionale de Laval en collaboration avec les partenaires du milieu privilégiant la mise en œuvre du projet. Ces travaux ont porté sur deux axes distincts. D'une part, la création du CHARL qui devait jouer un rôle de leadership régional dans la transformation des pratiques par la coordination d'équipes régionales de soins et de services spécialisés en collaboration avec ses partenaires; et, d'autre part, la mise en œuvre de la Programmation régionale des services ambulatoires par une participation des sept établissements sur le territoire (figure 1) incluant les travaux du déploiement initial des mesures soit la programmation clinique et les ressources informationnelles, financières et matérielles.

Figure 1: La région de Laval



Plutôt que de s'engager dans la solution d'agrandir le centre hospitalier de soins de courte durée régional (Cité de la Santé), les autorités ont décidé de se doter d'une approche basée sur la prise en charge régionale des bénéficiaires dans un continuum de services utilisant

massivement les services ambulatoires dispensés par chacun des établissements de la région.

L'essence de la philosophie des soins et des services ambulatoires repose sur un effort de diminution de la consommation des ressources hospitalières de la Cité de la santé (réduction de la durée moyenne de séjour) en rapprochant les services du milieu de vie des personnes. Entre d'autres termes, cette approche vise la réorganisation des soins ou la substitution d'une activité hospitalière vers d'autres milieux de soins tels que les CLSC, le CHARL ou l'Hôpital Juif de réadaptation.

### ***3.2 La programmation régionale de services ambulatoires : une approche populationnelle basée sur l'analyse des besoins de la population***

La programmation des services ambulatoires est basée sur l'identification et l'analyse des besoins de la population lavalloise en termes d'épisodes de soins ainsi que sur l'offre de soins et de services de santé pour la région de Laval. Cette planification populationnelle visait à rendre accessible une offre de services complète, moderne et adaptée aux besoins de la population ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins.

Les données concernant l'hospitalisation des Lavallois en 1994-1995, qui est l'année de référence utilisée par le Comité d'implantation du Centre de soins et de services ambulatoires de Laval, ont été analysées dans le but d'identifier les maladies prioritaires où il était nécessaire de consolider les services afin d'assurer une meilleure rétention de la clientèle en rendant accessible des services spécifiques. En effet, après l'analyse des principaux motifs d'hospitalisation des lavallois, 88 mesures cliniques ont été identifiées en fonction de deux critères à savoir leur prévalence en milieu hospitalier et la capacité



d'introduire des pratiques ambulatoires innovatrices. Ces 88 mesures sont responsables de 67 % de l'ensemble des hospitalisations pour lesquelles on vise une diminution de 25% de la durée moyenne de séjour. Pour chacune des mesures cliniques, le comité décrit les activités habituelles et celles à mettre en place afin de substituer les activités hospitalières conventionnelles par des activités ambulatoires.

La programmation portait sur les problématiques concernant les maladies cardiovasculaires, la santé mentale, l'oncologie, les maladies du système nerveux et musculo-squelettiques, l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie, les maladies du système digestif, les maladies respiratoires, les maladies des organes génito-urinaires, le diabète, l'obstétrique, la gériatrie, la pédiatrie et la santé des femmes. Chacune de ses problématiques a fait l'objet d'un programme. Ces programmes sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1: Les 13 programmes et services prévus dans la PRSA

<b>Résumé des programmes de la PRSA</b>	
<i>Programme Gériatrie</i>	Ce programme vise la clientèle (personnes âgées) aux prises avec des troubles cognitifs secondaires à une maladie chronique ou à la démence. Trois services sont priorisés par ce programme : le suivi systématique et intensif pour cette clientèle afin de réduire le séjour hospitalier ; une augmentation des services externes et ambulatoires en psychogériatrie; et l'implantation d'un suivi pharmaceutique.
<i>Système Programme respiratoire</i>	Ce programme vise les clientèles avec une pathologie pulmonaire comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, l'embolie pulmonaire, l'emphysème et la bronchite chronique. Les services sont la création d'un service respiratoire régional et d'un centre d'enseignement pour l'asthme, le suivi systématique pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la réadaptation intensive pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le suivi systématique pour les pneumonies et enfin, le centre du sommeil

<i>Programme Cardiovasculaire</i>	<p>Les travaux du programme cardiovasculaire ont porté sur l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques, les autres formes de cardiopathies, l'occlusion et la sténose des artères pré-cérébrales, les maladies des artères artérioles et capillaires et les maladies des veines vaisseaux lymphatiques et autres maladies de l'appareil circulatoire. Les services qui ont été privilégiés incluent les suivis systématiques pour la chirurgie de la carotide, de l'aorte, de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs et de l'insuffisance cardiaque; et, la création d'un laboratoire vasculaire, l'intensification du programme de réadaptation des coronariens, un programme régional de l'anticoagulothérapie, l'implantation des électrostimulateurs cardiaques, le développement d'un service d'hémodynamie et le monitoring à distance des clients en attente de services tertiaires.</p>
<i>Programme Oncologie</i>	<p>Les travaux en oncologie ont porté sur les cancers du côlon et du rectum, des bronches et du poumon, du sein, de la prostate des tissus lymphatiques et hématopoïétiques. Les services suivants ont été retenus soit : le suivi systématique de l'épisode chirurgical ou cancer du sein, les soins palliatifs à domicile, la création d'un centre d'expertise en oncologie, la chimiothérapie ambulatoire, les suivis systématiques des cancers du côlon et de la prostate. L'organisation des services dans ce domaine répond aux orientations provinciales en matière de lutte contre le cancer.</p>
<i>Programme Système neuro-musculo-squelettique</i>	<p>Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies du système nerveux et musculo-squelettique ont porté uniquement sur les maladies vasculaires cérébrales et sur les fractures du col du fémur. Les services visent des suivis systématiques et d'intensification de la réadaptation pour ces pathologies.</p>

<p style="text-align: center;"><i>ORL- Programme ophtalmologie</i></p>	<p>Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies ORL-ophtalmologie ont porté sur le glaucome, la cataracte, les affections de l'orbite pour l'ophtalmologie, ainsi que les tumeurs, les syndromes labyrinthiques et autres troubles vestibulaires, l'otospongiose, la surdité, la déviation de la cloison nasale, les polypes du nez, la sinusite chronique, les affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes pour l'oto-rhino-laryngologie. Plusieurs services visent des suivis systématiques pour différentes pathologies et l'accroissement de la chirurgie d'un jour.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Programme Génito-urinaire</i></p>	<p>Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies génito-urinaires ont porté sur l'urologie, soit l'hyperplasie de la prostate, les calculs du rein et de l'uretère, la gynécologie, soit le léiomyome utérin, l'endométriose, le prolapsus utérin, l'hémorragie génitale et les troubles de la menstruation, et la néphrologie, soit l'insuffisance rénale chronique. Les services visent essentiellement à rehausser le plateau technique pour les services de suppléances rénales et à implanter des suivis systématiques pour des épisodes chirurgicaux.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Santé Programme mentale</i></p>	<p>Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies psychiatriques ont porté sur les psychoses schizophréniques et les psychoses affectives ainsi que sur les troubles de la personnalité. Les services visent à intensifier les activités en milieu hospitalier, à augmenter les services en hôpital de jour, centre de jour, le suivi intensif dans la communauté et le suivi communautaire.</p>

<i>Programme Santé des femmes</i>	Les travaux ont porté sur les problématiques spécifiques aux Lavalloises, à partir des consultations effectuées sur une base ambulatoire. Les problématiques suivantes ont fait l'objet d'une programmation : l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la violence conjugale, le planning familial (contraception), les maladies transmissibles sexuellement (prévention de l'infertilité), la ménopause, l'agression à caractère sexuel, la détresse psychologique et l'abus de médicaments, le cancer du col utérin et du sein. Les services portent sur la création du centre de santé des femmes, sur la mise sur pied de services spécialisés pour les problématiques spécifiques aux femmes. Cette nouvelle organisation s'inscrit dans les tendances de particulariser les services et soins offerts aux femmes.
<i>Programme Pédiatrie</i>	Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies pédiatriques ont porté sur les affections respiratoires (asthme, bronchiolite), les infections du tissu sous-cutané (adénite, cellulite), les infections urinaires; l'ostéomyélite; les infections digestives (appendicite, gastro-entérite), les fractures des membres inférieurs, et les convulsions. Les services visent la création d'un centre régional de pédiatrie et diverses cliniques spécialisées (clinique d'asthme, d'infection urinaire), ainsi que l'implantation d'une observation pédiatrique.
<i>Programme Obstétrique</i>	Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies obstétricales ont porté sur la période prénatale, le travail prématuré, l'hypertension compliquant la grossesse et la rupture prématurée des membranes, la période de l'accouchement normal et les césariennes, la période postnatale, la fièvre puerpérale et l'endométrite, la période néonatale, la prématurité et les petits poids à la naissance, ainsi que l'ictère néonatal. Les services visent essentiellement à consolider les activités autour du congé précoce, à offrir des services de photothérapie à domicile, de maintenir à domicile les parturientes à risque élevé, et à consolider une clinique néonatale.

<i>Programme Diabète</i>	Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour le diabète ont porté sur le diabète sucré, les anomalies de l'épreuve de tolérance au glucose ainsi que sur les diagnostics principaux fréquemment associés au diabète, tels que la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, l'ulcération chronique de la peau et l'amputation. Ce programme s'inscrit dans les orientations canadiennes, eut égard à la prévalence croissante de cette pathologie
<i>Programme Système digestif</i>	Les travaux de programmation régionale de soins et de services de courte durée pour les pathologies digestives ont porté sur l'appendicite, la hernie abdominale, l'occlusion intestinale, le diverticule de l'intestin, les fissures, les fistules et l'abcès anal ainsi que la lithiase biliaire. Les services consistent essentiellement à favoriser la chirurgie d'un jour et à offrir des suivis systématiques pour certaines clientèles.

Source : Adapté de Champagne et al., 2001

L'élaboration de chacun de ses programmes repose sur une démarche similaire qui vise à :

- placer l'amélioration et le maintien de la santé et du bien-être des personnes, notamment des Lavallois, au cœur de toutes les activités de soins et services ;
- offrir des soins et services de courte durée de la meilleure qualité possible à toutes les personnes peu importe le niveau socio-économique et l'état de santé, dans la mesure des ressources ;
- évaluer de façon continue l'offre de soins et de services de courte durée en fonction des résultats attendus en terme de santé et de bien-être ;
- garantir aux Lavallois des soins et des services de courte durée offerts de façon continue et intégrée, visant la restauration de la santé et allant de la prévention et de la promotion au support requis pour mourir dignement ;

- favoriser la prise en charge de la santé par chaque membre de la communauté, grâce à des activités d'information, d'éducation et de soutien appropriées ;
- développer l'approche par client grâce à la mise en réseau des soins et des services de courte durée offerts par les établissements de santé et de services sociaux, les regroupements de professionnels et les organismes communautaires ;
- mobiliser les personnes impliquées dans l'offre de soins et de services de courte durée, notamment les professionnels, et leur donner les moyens d'assurer le développement et leurs compétences ;
- reconnaître l'importance des déterminants de la santé et du bien-être de la population tels que l'éducation, les habitudes de vie, l'emploi et le revenu, le milieu social et l'environnement ;
- offrir les soins et les services de courte durée le plus près possible du milieu de vie des personnes qui les requièrent, notamment en utilisant au mieux les ressources spécialisées.

Chacun des programmes a été élaboré par un comité. Les divers comités ont priorisé les pathologies les plus fréquentes associées aux systèmes biologiques ou à une clientèle donnée. Également, ils ont révisé les différents processus cliniques afin d'identifier les interventions cliniques les plus efficaces, tout en tenant compte des lignes directrices de la pratique médicale ainsi que des nouvelles technologies en émergence.

Pour analyser la possibilité d'atteindre une diminution des durées moyennes de séjour de l'ordre de 25%, les calculs suivants ont été effectués par diagnostic et par regroupement de diagnostics :

- évaluation du nombre théorique d'épisodes de soins de Lavallois qui pourraient être traités à Laval, en appliquant la plus petite durée moyenne de séjour (soins reçus au Québec ou à la Cité de la santé de Laval, selon le cas) sur le nombre estimé de journées d'hospitalisation disponibles à la Cité de la santé de Laval, en tenant compte d'un coefficient d'agrandissement de la Cité de la Santé de Laval;
- projection du nombre d'épisodes de soins à traiter à Laval en 2006, selon l'objectif de desserte à 65% et un facteur d'augmentation de la population lavalloise de 1,15%;
- calcul de la durée moyenne de séjour visée selon le scénario de diminution de 25% de la plus petite durée moyenne de séjour observée;
- évaluation d'un nombre d'épisodes de soins pouvant être traités à Laval, selon cette diminution de 25% de la durée moyenne de séjour;
- écart entre les besoins estimés en épisodes de soins en 2006 et la capacité évaluée de la Cité de la Santé de Laval, à partir d'une durée moyenne de séjour réduite de 25%.

Le même exercice de projection des besoins en 2006 a été effectué avec les données de 1995-1996 pour les diagnostics retenus. Le facteur d'augmentation de la population de Laval a été évalué à 1,12 et le coefficient de correction pour l'agrandissement de la Cité de la Santé de Laval n'a pas été appliqué car cet agrandissement avait été complété en 1996-1997.

Pour leurs travaux, les comités de programmation ont retenu les pathologies en fonction soit du volume d'hospitalisations, soit des durées de séjour élevées, soit de la pertinence clinique.

Pour chaque pathologie retenue, il y a eu une description des activités en cours au moment de la programmation (1997-1998) et de celles à mettre en place en substituant des activités hospitalières conventionnelles par des activités ambulatoires. Une identification de la durée moyenne de séjour réalisable, des expertises multidisciplinaires, ainsi que la détermination des ressources humaines et matérielles nécessaires ont été réalisées. Finalement, des conditions de réalisation et des recommandations ont été formulées. Les conclusions des travaux des différents comités ont démontré qu'il est très plausible et cliniquement acceptable par les milieux professionnels d'atteindre les objectifs proposés.

En somme, l'identification des pathologies sur lesquelles la programmation doit miser pour améliorer l'accessibilité a été faite à partir de l'analyse des habitudes de consommation de la population (donc des besoins exprimés de la population), ce qui correspond bien à la notion d'approche populationnelle. Porter une attention particulière aux attentes exprimées par les patients aura certainement un effet positif sur leur niveau de satisfaction (Grenier, 1998). Mentionnons toutefois que, la détermination des besoins d'une population ne se limite pas à l'identification des problèmes de santé; elle requiert également une analyse des services et des ressources en place. Cette analyse de la situation actuelle devra permettre d'estimer les besoins, non seulement les besoins de santé et en services sociaux, mais également les besoins de services et de ressources.



### ***3.3 La programmation régionale de services ambulatoires : une approche de réseau intégré de soins***

L'émergence de réseaux de soins et de services intégrés découle de la prise de conscience, par les établissements de la région de Laval, de la similarité des problèmes qu'ils vivent (vieillesse de la population et financement insuffisant, duplication des services et peu de continuité, coordination clinique inefficace et faible coopération entre les organisations). L'approche de réseau intégré de soins signifie une mise en commun des ressources (cooptation d'actions et d'acteurs) pour une meilleure intégration des soins et des services entre les établissements. Outre la nécessité de diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier, l'approche réseau dans la gestion des soins et des services répond au besoin d'accentuer la production concertée des services ambulatoires.

L'approche de réseau intégré de soins a été au cœur de la PRSA. Elle a été élaborée dans un souci d'optimisation des ressources et exige le développement d'un esprit de collaboration entre les différents acteurs de système de soins de Laval. Cela implique une intensification des rapports, voire une collaboration approfondie entre les établissements de santé de la région. Afin d'obtenir un suivi plus systématique du patient et une harmonisation des pratiques, la complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires nécessite un partenariat structuré et élaboré entre les sept établissements de santé du territoire de Laval. Plus de 93 professionnels de plusieurs disciplines ont été impliqués dans ce processus. Ces personnes provenaient tant du Centre hospitalier Cité de la santé de Laval que de l'Hôpital Juif de réadaptation, des 4 CLSC, des cabinets médicaux privés, des organismes communautaires et de la Régie régionale de Laval.

L'approche de réseau intégré de soins s'appuie aussi sur une organisation de services par des épisodes de soins plutôt que compartimentée par établissement. De plus, elle se fonde sur la décision d'avoir recours à une même équipe médicale dans les 2 CH et la même équipe interdisciplinaire quels que soient les établissements dispensateurs. Chacun des programmes de la PRSA est conçu de façon à ce que, lorsque les conditions cliniques le requièrent, chaque constituante du réseau offre des services complémentaires, concertés et continus, et ce, quel que soit le lien administratif. Il s'agit donc d'un changement culturel important qui permet de renforcer l'intégration clinique. Au-delà de cette intégration clinique des pratiques dans les sept établissements, la PRSA prévoit l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de systèmes d'information. Pour y arriver, un programme fonctionnel technique (PFT) a été élaboré. C'est ce programme qui conçoit l'organisation régionale de la nouvelle offre de services ambulatoires à travers l'évaluation des activités à implanter, les conditions pour leur mise en œuvre, les ressources à investir et l'échéancier nécessaire. Le PFT permet donc d'opérationnaliser les activités et de déterminer les ressources (humaines, financières, etc.) nécessaires pour chacune des mesures contenues dans les différents programmes. Par exemple, dans chacun des programmes de la PRSA, une analyse des ressources immobilières nécessaires à chacune des mesures a été faite. Cette analyse des ressources est faite à l'échelle régionale et démontre la volonté des acteurs de la PRSA à tout traiter de façon régionale. Cette démarche de concertation entre les acteurs régionaux pour élaborer et adopter une offre de soins et de services pour les populations de leur territoire constitue une expérience de réseaux intégrés de soins.

### ***3.4 La programmation régionale de services ambulatoires : une approche de case management***

L'approche de case management régionale vise à fournir aux intervenants du milieu lavallois un plan d'action systématique à chacun des stades de la maladie afin que les services requis soient rendus là où il y a une valeur ajoutée réelle.

Dans la PRSA, l'intégration clinique place le patient au cœur des processus de soins et de services. Basé sur une telle approche, le nouvel épisode de soins pour le patient prévoit qu'un protocole de soins normalisé guide la prestation de services dans chacun des établissements impliqués dans le continuum de services. Pour chacune des mesures déployées, le protocole a été défini et entériné par un comité régional d'experts cliniques associés à ces soins. L'épisode de soins personnalisé devient le plan de services de tous les intervenants dans le continuum de services, quelle que soit l'organisation dans laquelle ils œuvrent. Les protocoles régionaux de soins fondés sur des données probantes ont été développés de concert avec les médecins et les intervenants des établissements du réseau de la santé de Laval. Cela permet de planifier et de coordonner toutes les étapes de soins et de services requises par la condition de santé du patient. Cette coordination des interventions donne lieu à une réelle prise en charge de la personne et diminue l'insécurité entourant les modalités des soins et services.

Pour les différents établissements du réseau, les demandes d'intervention qui partent d'un des partenaires du réseau doivent nécessairement apporter une valeur ajoutée au plan de traitement déjà amorcé. Cette valeur ajoutée découle de la spécificité de l'établissement ou service en termes de plateau technique, de ressources humaines ou compétences propres.

Pour raccourcir le séjour hospitalier, il est nécessaire de bien coordonner les activités préhospitalières, à savoir un enseignement adéquat au patient, une bonne coordination du travail des différents services : accessibilité aux services diagnostiques, temps opératoire opportun, etc. Le comité juge essentielle une accessibilité rapide aux ressources diagnostics, une disponibilité des ressources en préadmission, en salle d'opération et en clinique externe ainsi qu'une accessibilité rapide à l'investigation. Finalement, la planification des congés dès la préadmission, les mécanismes de coordination du suivi des patients, la formation des professionnels et la disponibilité des ressources à domicile, demeurent des conditions de réussite importantes.

De façon optimale, la programmation, à travers le case management assure que les patients doivent être guidés et supportés tout au long de l'évolution de la maladie. Les étapes critiques du cheminement étant balisées, les interventions auprès des usagers seront plus efficaces, le maintien à domicile plus adéquat, l'orientation et l'admission en milieu d'hébergement se feront le plus souvent possibles, à partir du milieu naturel de la personne.

Les membres des différents comités de la programmation partageaient la conviction qu'il serait impossible de séparer la dimension de la diminution du séjour hospitalier et de l'autonomie régionale, du volet prévention et promotion. Il apparaît essentiel d'associer un programme de prévention et promotion aux processus à mettre en place étant donné qu'il est plus avantageux d'éviter l'hospitalisation que de réduire la durée de séjour, sans compter l'économie des coûts indirects et la qualité de vie améliorée de la clientèle.

L'intégration des nouvelles technologies était considérée dans la PRSA comme une condition *sine qua non* pour assurer la continuité des soins. L'implantation du système

informatique « Système d'information de la programmation régionale de services ambulatoires (SI-PRSA) » soutient la transmission des informations cliniques et permet la diffusion et le suivi des protocoles de soins régionaux entre les sept établissements publics impliqués dans la PRSA. Le système d'information mis en place dans le cadre de la PRSA vient donc appuyer une approche de soins et de services partagée par tous les intervenants du territoire. Il a pour rôle de faciliter la circulation d'un minimum d'informations cliniques entre les différents professionnels d'établissements différents afin que ceux-ci soient prévenus des transferts de patients et sachent ce qu'ils doivent faire dans l'épisode en cours. Il fournit une rétroaction régulière à l'équipe soignante et permet une meilleure planification des soins, donc une meilleure gestion de la qualité. En effet, le SI-PRSA offre une interface technologique qui permet de supporter les établissements de la 1<sup>ère</sup> ligne (les 4 CLSC-CHSLD), de supporter l'échange des données cliniques entre les services de 1<sup>ère</sup> ligne et les spécialistes qui sont aux services de 2<sup>e</sup> ligne ; et, de supporter le suivi des patients durant leur prise en charge en soins ambulatoires. L'accessibilité à ces nouvelles technologies faciliterait le transfert des soins hospitaliers vers les soins à domicile pour différents problèmes de santé.

Le tableau 2 présente une synthèse de chacune des approches utilisées dans la programmation régionale de services ambulatoires à Laval.

Tableau 2: Modèle de programmation ambulatoire de services ambulatoires de Laval

---

---

**Une approche populationnelle** : élaboration d'un cadre structuré d'analyse des besoins de la population lavalloise en termes d'épisode de soins et sur l'offre de service pour assurer une programmation capable d'accroître l'accès aux soins et améliorer la rétention de la clientèle à l'intérieur de la région.

**Une approche de réseau intégré de soins**: coalition entre les 7 établissements publics du réseau lavallois pour assurer un suivi plus systématique, une harmonisation des pratiques, une complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires; et, l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de système d'information dans le but d'optimiser la gestion des ressources. La création du CHARL pour dispenser des soins et services ambulatoires et coordonner le processus clinique ambulatoire.

**Une approche de case management** : adoption de protocoles de soins normalisés pour guider la prestation de soins dans chacun des établissements impliqués dans le continuum de soins dans le but de diminuer la consommation des ressources hospitalières; et, l'implantation de systèmes d'information pour soutenir la transmission d'informations cliniques ainsi que la diffusion et le suivi des protocoles régionaux entre les établissements impliqués.

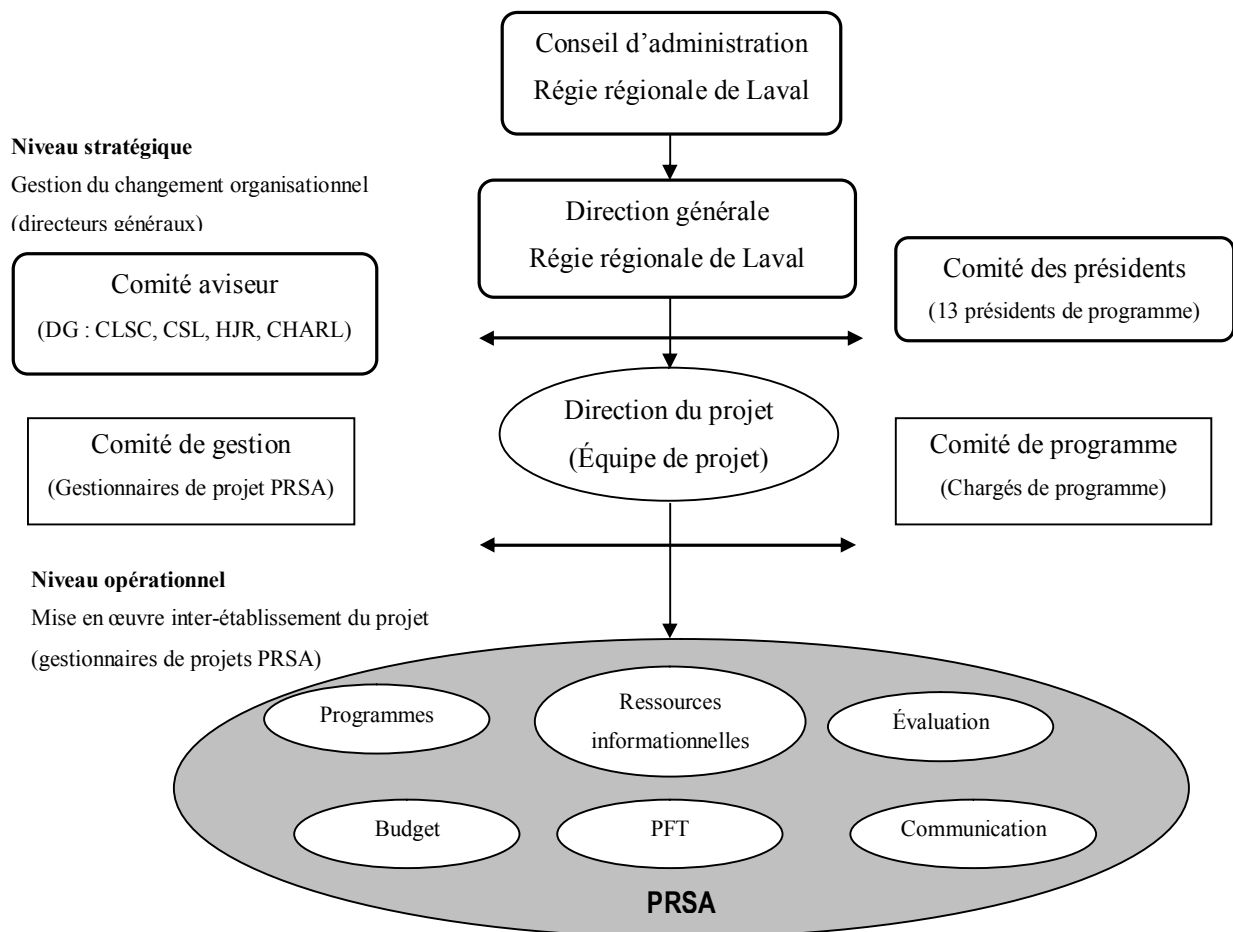
---

---

### 3.5 La structure du projet

Pour coordonner l'élaboration et l'implantation de la Programmation, plusieurs instances ont été mises en place pour gérer le processus. Cette structure est en place depuis le début du projet et elle se voit reconfirmée avec les mêmes instances. La figure 2 présente la structure du programme.

Figure 2: La structure du projet de la PRSA



Source : Cadre de référence de la Programmation régionale de services ambulatoires de Laval, 2001

Pour le niveau stratégique, le comité aviseur formé des directeurs généraux et le comité des présidents des programmes ont joué un rôle important. Le comité aviseur agit à titre de conseiller à la direction générale de la Régie régionale de Laval. Il donne son avis sur les enjeux stratégiques et sur les orientations organisationnelles de la PRSA. Il facilite également le développement d'une alliance stratégique entre tous les partenaires du réseau de soins et de services en santé physique et mentale afin de réaliser un véritable réseau intégré de services. Le comité des présidents des programmes agit à titre de conseiller auprès de la direction générale de la Régie régionale de Laval. Il conseille relativement aux orientations cliniques et sur leur évolution.

Pour le volet tactique, afin de soutenir l'implantation des mesures, un comité de gestion est mis en place. Le comité de gestion est l'instance qui s'assure de l'application des orientations de la PRSA, des moyens préconisés pour la mise en œuvre et l'articulation entre les priorités de la PRSA et celles des établissements. Il s'assure également de la gestion de l'interface entre les organisations et la PRSA. Il facilite la mise en œuvre et assure le soutien au monitoring d'implantation et à l'évolution des mesures de la PRSA. Le comité de gestion comprend les six gestionnaires de projet de la PRSA, du médecin-conseil à la PRSA, du pilote régional du SI-PRSA et de la directrice de projet de la PRSA.

Sous l'autorité du directeur général de son établissement et en tant que membre de l'équipe de gestion PRSA, le gestionnaire de projet joue un rôle pivot dans l'arrimage des principes directeurs de la PRSA et des missions propres aux établissements impliqués. Il exerce un leadership dans le développement et l'intégration de la vision et son articulation avec les partenaires tout en demeurant axé sur les besoins de la



clientèle. Il coordonne le déploiement interne ainsi que le suivi des différentes mesures et contribue au processus d'évaluation et d'évolution de celles-ci.

Les comités de programmes sont formés de cliniciens responsables de la réalisation des travaux pour la détermination des orientations cliniques de chaque nouveau service, et ce, pour l'ensemble des programmes. Chacun de ces comités aide à préciser, de façon plus opérationnelle, le cheminement clinique des patients dans les épisodes de soins, soit les activités pré, per et post-hospitalisation qui seront dispensées par un ou plusieurs établissements. Les comités de programmes aident également à déterminer les paramètres pertinents aux fins de l'évaluation des mesures et de l'informatisation des outils cliniques. Ils collaborent aussi à la formation clinique des intervenants.

La direction de la PRSA est responsable de l'actualisation des orientations régionales de la PRSA pour l'ensemble de ses champs d'intervention. Elle assume un rôle de conception, d'intégration, d'habilitation, d'animation et de soutien au suivi de la PRSA. Elle travaille en étroite collaboration avec le comité de gestion.

En clair, avec les établissements membres de son réseau, la région de Laval s'est dotée d'une programmation régionale de services ambulatoires. Cette programmation comprend au total 13 programmes et regroupe 88 mesures qui ont été définies pour être déployées à travers les sept établissements de santé du territoire. Cette réorganisation permettra ainsi au réseau lavallois de passer d'une configuration traditionnelle de soins en silo et peu coordonnés, à la construction d'un continuum de services où le patient qui y chemine est pris en charge par un groupe de partenaire.

La PRSA affecte directement les pratiques cliniques et organisationnelles. Avec la revue des façons de faire existantes, la recherche des meilleures pratiques,

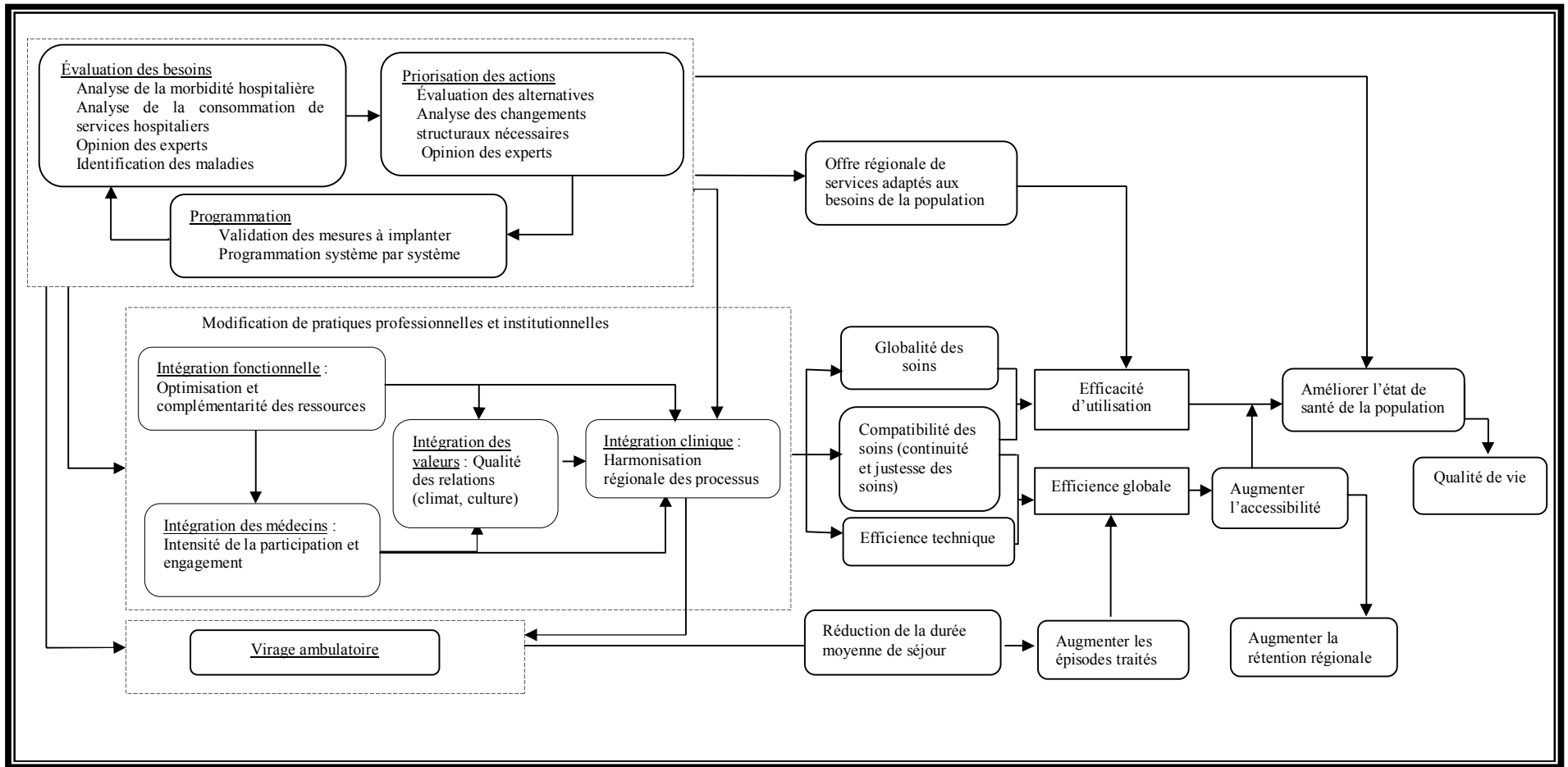
l'élaboration des scénarios de dispensation des services, l'uniformisation des pratiques entre les établissements, la PRSA sollicite la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et le développement d'une culture de collaboration et de coopération. Par ailleurs, le découpage des épisodes de soins en trois volets (pré-hospitalier, hospitalier, et post-hospitalier) requiert des mécanismes de coordination et de suivis efficaces.

La figure 3 représente une modélisation de la PRSA. Une tentative de modélisation a été faite par Champagne et al. (2001) et confrontant la PRSA avec la littérature sur l'intégration des soins. La modélisation que nous présentons dans cette thèse intègre les principales dimensions de l'intégration des soins mais aussi la logique de l'approche populationnelle qui a été à la base de la PRSA. L'élaboration de cette modélisation est inspirée des travaux de Champagne et al. (2001), de la documentation sur la PRSA et de la littérature sur l'intégration des soins et l'approche populationnelle.

Le modèle mis de l'avant à Laval (figure 3) prévoit 1) le déploiement d'un réseau intégré de soins qui devrait renforcer et consolider les efforts de coopération entre les différents prestataires de soins de la région; 2) la mise en œuvre de protocoles régionaux de soins soutenus par un système d'information conçu pour faciliter la diffusion et le suivi des protocoles régionaux entre les établissements de la région; 3) une approche populationnelle basée sur une analyse des habitudes de consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et élaborer une offre de services plus adaptés. L'orchestration de ces éléments devrait permettre l'atteinte de deux objectifs opérationnels, l'augmentation à 65 % de la rétention régionale et la diminution d'environ 25 % de la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier, le but

général étant d'accroître l'accessibilité aux services de courte durée en santé physique et mentale de la population lavalloise sur son territoire.

Figure 3: Modèle de la PRSA



Selon le modèle de la PRSA, une planification populationnelle caractérisée par l'évaluation des besoins et la priorisation des actions devrait permettre une programmation capable d'offrir des soins et services plus adaptés aux besoins de la population. Cette planification populationnelle permet également de faciliter la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles pour consolider le réseau intégré de soins. C'est cette intégration qui devrait permettre un meilleur rendement clinique et par conséquent une meilleure efficacité globale, une meilleure globalité des soins et une meilleure compatibilité des soins (Alter & Hage, 1993) c'est-à-dire des soins plus justes (appropriés et pertinents) et continus. La compatibilité des soins sera également renforcée par la démarche de planification populationnelle grâce à l'élaboration d'une offre régionale de soins et services adaptés aux besoins de la population. Les effets combinés de la compatibilité des soins, de la globalité et de l'amélioration du rendement clinique permettront d'améliorer l'accessibilité, d'augmenter la rétention régionale et ultimement d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Enfin, l'intégration clinique contribue à renforcer la stratégie de virage ambulatoire, ce qui devrait permettre de réduire la durée moyenne de séjour et augmenter le volume des épisodes traités contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité et à l'objectif d'augmentation de la rétention régionale.

## **CHAPITRE 4 : Méthodologie**

Les approches méthodologiques utilisées dans cette thèse varient selon les objectifs de recherche. Pour analyser le bien-fondé de la PRSA, nous avons procédé à une revue systématique de la littérature dans le but d'examiner la cohérence entre les mécanismes causaux présumés de la PRSA et la littérature scientifique. En ce qui concerne l'analyse des effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et la rétention régionale à Laval, une étude quasi expérimentale nous apparaît plus pertinente. Enfin, l'analyse de l'évolution de la mise en œuvre de la PRSA a été faite à partir d'une recherche synthétique de cas. Les détails de chacune des approches méthodologiques sont présentés dans les sections suivantes.

### ***4.1 La revue systématique***

L'approche de revue systématique adoptée est la revue intégrative de la littérature. La revue intégrative est une méthode spécifique de recherche qui examine des études empiriques, de nature qualitative ou quantitative, pour fournir une compréhension ou une explication d'un problème particulier ou d'un phénomène de santé (Broome 1993 ; Whittemore, 2005). Cette approche est donc adéquate pour rassembler et analyser l'ensemble des études pertinentes permettant d'argumenter la plausibilité de chacune des hypothèses implicites dans le modèle de la PRSA et de dégager les conclusions sur le bien-fondé du modèle de la PRSA. La recherche des articles a été faite avec l'aide d'une bibliothécaire pour identifier les mots clés et les études se rapportant à chacune des hypothèses. Cette recherche est faite à partir des bases de données Medline/PubMed et Embase. Les mots clés utilisés dans la stratégie de sélection des articles ainsi que la période de référence varient selon les

hypothèses. Les détails sur le repérage et la sélection des articles sont présentés dans l'article 1.

#### ***4.2 L'étude quasi expérimentale***

L'appréciation des effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et la rétention régionale est faite au moyen d'une étude quasi expérimentale. La durée moyenne de séjour (DMS) indique le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapportée au nombre de séjours (pour cette pathologie).

La rétention régionale quant à elle, indique dans quelle mesure les résidents d'une région donnée utilisent les services de santé dans leur propre région. Deux valeurs sont nécessaires à la détermination de la rétention régionale. Il s'agit de 1) au numérateur, le nombre de patients ayant été hospitalisé dans leur région (pour une pathologie donnée) et 2) au dénominateur, le nombre de patients de ladite région ayant été hospitalisé dans un établissement de la santé du Québec (pour cette pathologie).

Un devis de type pré-test, posttest avec groupes témoins non équivalents a été privilégié. Les données du pré-test couvrent la période de 1996 à 1999. Les données du posttest concernent la période de 2000 à 2006. Le groupe expérimental est composé des patients du territoire de Laval et sa composition varie selon les hypothèses. Les groupes témoins sont constitués des patients des régions de Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Ces trois régions ont été choisies pour leur profil sociodémographique comparable au groupe expérimental, la proximité avec Montréal et le fait que groupe expérimental et groupes

témoins sont tous situés en périphérie de Montréal. La composition du groupe expérimental et des groupes témoins est présentée dans l'article 2.

Sur le plan méthodologique, les limites les plus importantes de ce volet de l'étude concerne l'équivalence des groupes et les biais liés à l'histoire. Il est prévisible que les groupes soient différents sous plusieurs aspects étant donné que, d'une région à l'autre, les caractéristiques sociodémographiques des patients et la culture institutionnelle varient. En tenant compte des variables de non-équivalence dans le choix des régions-témoins, nous minimisons les effets de cette limite et augmentons ainsi la crédibilité des résultats tout en étant conscients que toutes les différences ne peuvent être prises en compte. Par ailleurs, pour limiter les biais liés à l'histoire, les rapports annuels de chacune des régions des groupes témoins ont été examinés pour comprendre les différentes initiatives entreprises dans ces régions pour répondre aux besoins de leur clientèle.

Afin d'observer les changements que la PRSA a entraînés sur l'utilisation des services hospitaliers, nous avons ciblé quatre des treize programmes de la PRSA à savoir, les programmes du système cardiovasculaire, du système respiratoire, de gériatrie et d'oncologie. À l'intérieur de ces programmes, nous avons retenu cinq mesures qui ciblent six diagnostics : maladies coronariennes, MPOC, asthme, embolie pulmonaire, démence et cancer du sein.

Les mesures retenues pour cette évaluation sont celles dont le déploiement est intervenu très tôt dans l'implantation de la PRSA et présente une volumétrie élevée permettant de



présumer de l'utilisation des services. Parmi celles-ci, nous avons choisi celles dont le niveau de mise en œuvre est jugé très satisfaisant suite à l'analyse d'implantation réalisée en 2002 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002).

Les données utilisées proviennent essentiellement du système MEDECHO. Il s'agit d'une base de données informatisée contenant les éléments qui constituent l'ensemble des diagnostics et des traitements reçus par un bénéficiaire au cours d'un épisode d'hospitalisation. Elle renferme des données démographiques, l'information relative aux admissions/congés, le principal diagnostic, les actes médicaux exécutés, les transferts d'établissements, etc. Elle contient donc des données médico-hospitalières et cliniques qui portent sur les patients hospitalisés dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés.

Dans un premier temps, nous décrivons pour chacune des mesures retenues, l'évolution de la durée moyenne de séjour et de la rétention régionale. Par la suite, deux séries d'analyse de variances ont été réalisées : l'une inter-groupe et l'autre intra-groupe. L'analyse de variance inter-groupe vise à examiner pour chacune des phases ( $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ ), les différences observées entre les régions. Quant à l'analyse de variance intra-groupe, elle vise à examiner pour chaque région, les différences observées entre les phases  $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ . Dans les deux séries d'analyse de variance le test F de Scheffé a été utilisé pour déterminer les régions (ou les périodes) pour lesquelles les durées moyennes de séjour sont différentes. Le seuil de significativité des tests est fixé à 0,05. Les différentes analyses ont été faites à partir de STATA.

### ***4.3 La recherche synthétique de cas***

Pour comprendre l'évolution de l'implantation de la PRSA, nous avons opté pour une étude de cas. Les études de cas sont de plus en plus populaires dans le domaine de la santé. Elles offrent l'avantage d'être plus flexibles que les méthodes axées sur le contrôle des variables lorsque les frontières entre les unités d'analyse et les contextes ne sont pas toujours bien définies (Yin, 2009).

Selon Mucchielli (2004), l'étude de cas est une technique particulière de cueillette, de mise en forme et de traitement de l'information qui cherche à rendre compte du caractère évolutif et complexe des phénomènes concernant un système social comportant ses propres dynamiques. Yin (2009) la définit comme une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'information multiples sont utilisées. La méthode de l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et à l'analyser pour voir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse. Le cas sous étude fournit en fait un site d'observation permettant d'identifier ou de découvrir des processus particuliers. Un des avantages de l'étude de cas est de fournir une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, permettant ainsi de rendre justice à la complexité et la richesse des situations sociales. Le cas, ici représenté par la PRSA, est vu comme un système mettant en réseau d'échanges interorganisationnels des organisations partenaires.

Les données sont de nature qualitative et proviennent des entrevues semi-structurées auprès de deux groupes d'acteurs que sont les planificateurs de la PRSA et les gestionnaires actuels chargés de la programmation des services. Les entrevues sont une des sources de données les plus importantes dans une étude de cas (Benbasat, Goldstein, & Mead, 1987; Yin, 2009) et plus encore dans les études interprétatives où l'objectif est d'interpréter la réalité en fonction de la perception des individus (Klein & Myers, 1999; Walsham, 2006). Les entrevues permettent plus facilement d'aller chercher le sens que donnent les acteurs à leurs actions et à l'environnement dans lequel ils évoluent. Au total 10 entrevues ont été exécutées dont 4 auprès de l'équipe de conception de la PRSA et 6 auprès des responsables actuels chargés de la programmation des services.

Le cadre d'évaluation de l'action émergente de Patton (2002) servira de base à la construction du matériel des entrevues (Grille d'entrevue dans l'annexe1). Il s'agit de : (i) les raisons perçues comme étant à la base du modèle ; (ii) l'adéquation des ressources investies ; (iii) les activités nouvelles principales nécessitées par l'implantation; (iv) la participation des partenaires ; (v) les réactions des environnements interne et externe ; (vi) les nouveaux savoirs, les nouvelles attitudes et habiletés générées par l'implantation du modèle; (vii) le changement dans la pratique professionnelle; (viii) les résultats qui étaient attendus du modèle; et enfin (iv) le potentiel de généralisation. Ce cadre offre une démarche structurée qui intègre à la fois la compréhension des acteurs sur l'intervention; les activités d'implantation et le potentiel de l'intervention à produire les résultats escomptés. Il s'agit donc d'un modèle intéressant pour comprendre l'évolution de la PRSA.

La démarche de l'analyse des données que nous avons adoptée comprend quatre phases 1) l'organisation préliminaire des données : il s'agit de la transcription verbatim de l'enregistrement de chaque entrevue et une familiarisation avec le matériel par de multiples lectures du texte des entrevues. Pour Deslauriers (1991), cette phase préparatoire de lecture et relecture constitue le meilleur outil de l'analyse. Elle permet de saisir le sens profond des entretiens ainsi que différents thèmes et significations qui serviront ultérieurement dans l'analyse. 2) l'indexation du matériel : la méthode suivie est similaire au processus de codage ouvert (Strauss et Corbin, 1995) qui propose le découpage, l'examen, la comparaison, la conceptualisation et la catégorisation des données. Elle procède de la réflexion sur les données, de la recherche de significations et du repérage de noyaux de sens 3) l'analyse inductive qui consiste à se référer constamment aux questions de recherche, l'ensemble du texte des entrevues est systématiquement découpé en unités significatives cohérentes et où les thèmes émergents sont retenus; et 4) l'analyse logique qui examine les relations entre différentes catégories et dimensions.

## **CHAPITRE 5 : Article 1**

Titre : Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle

(Soumis à la revue *Pratiques et Organisations des Soins*)

### ***Introduction***

Dans le domaine de la santé, deux approches de planification des soins et services sont souvent présentées : l'une populationnelle et l'autre institutionnelle (Billay & Myrick, 2008 ). Ces deux approches relèvent de deux logiques différentes quoique complémentaires. L'approche populationnelle relève d'une logique qui met l'accent sur la demande dans le but d'adapter les soins et services aux besoins de la population. Quant à l'approche institutionnelle, elle adopte une logique axée sur l'offre et vise à améliorer l'offre de soins et services en fonction des critères de qualité et d'efficacité. Selon plusieurs auteurs (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe & Denis, 2008; Gadreau & Jaffre, 1998), c'est l'approche institutionnelle qui a été longtemps privilégiée par les pouvoirs publics. Or, avec l'introduction de la responsabilité populationnelle qui suppose la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent, une approche populationnelle est de plus en plus envisagée. Elle implique que les différents acteurs de la santé d'un territoire donné partagent une responsabilité collective envers la population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé (Beer & Nohria, 2000). Le niveau local est désormais l'échelon de pilotage stratégique pour une gestion plus cohérente et intégrée du système de santé et de soins qui tient compte des spécificités locales. Le concept de responsabilité populationnelle se trouve ainsi au cœur de nombreuses réflexions politiques et institutionnelles sur la modernisation de la gouverne des

systèmes de santé. C'est donc une approche de gestion des services de santé qui vise à assurer et à améliorer l'état de santé de la population d'un territoire donné (Kindig & Stoddart, 2003) et qui prend en compte les inégalités en matière de santé (Frohlich & Potvin, 2008; Hawe, 2009; Hawe & Potvin, 2009). Cependant, la manière dont elle va pouvoir s'articuler pour aboutir à des politiques régionales cohérentes, autour d'objectifs bien définis, constitue un défi majeur. Les principales initiatives en la matière se sont généralement limitées à des problématiques particulières (Alkema, Shannon & Wilber, 2003; Kwan, Hand, Dennis & Sandercock, 2004; Sulch, Perez, Melbourn & Kalra, 2000) et n'offrent donc pas une approche globale autour de l'ensemble des besoins des populations. Cet article vise à rendre compte d'une expérience d'organisation des soins et services menée à un niveau régional. Cette expérience intègre la planification populationnelle et l'intégration des soins et services dans le but d'accroître la capacité de la région à répondre aux besoins de sa population.

La structure de cet article se présente comme suit : dans un premier temps, nous faisons une description de l'intervention pour aboutir à une proposition de modélisation de cette dernière. Par la suite, une revue systématique de la littérature autour des grandes hypothèses que soulève cette modélisation a été faite pour examiner leur plausibilité. Enfin, une discussion de l'analyse de littérature nous a permis de conclure sur la contribution de cette expérience dans la mise en place effective d'une planification populationnelle de soins.

### ***Description et modélisation de l'intervention***

Face aux difficultés liées notamment à l'évolution démographique caractérisée par un vieillissement de la population, à la proportion des personnes ayant des maladies à impacts lourds ou chroniques et les contraintes budgétaires, la région de Laval (l'une des 18 régions sociosanitaires du Québec) a entrepris en 1994 une réorganisation des services de santé. La région de Laval est située dans la banlieue de Montréal et constitue la septième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec avec une population estimée en 2008 à 384 224 habitants<sup>1</sup>.

Cette réponse organisationnelle proposée par les autorités sanitaires de Laval est connue sous le nom de Programmation régionale de services ambulatoires (PRSA). Le but poursuivi par la PRSA est la diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital et l'augmentation de la rétention régionale des patients, ce qui contribuerait à accroître la capacité de la région à répondre aux besoins de sa population. Pour ce faire, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant : une approche populationnelle axée sur les besoins de la population, une stratégie d'augmentation de l'intégration des ressources et services et une stratégie de virage ambulatoire.

La démarche de la PRSA poursuit des objectifs de qualité, de continuité et de coordination des soins par une approche globale et efficiente.

#### ***La description de la démarche de la PRSA***

La conception de la PRSA a été élaborée en cinq phases : l'élaboration du portrait de consommation de services, l'identification des maladies prioritaires, l'identification des interventions cliniques efficaces, l'élaboration de l'offre de service et l'organisation des services.

---

<sup>1</sup> Institut de la statistique du Québec (ISQ). Données démographiques régionales, Laval, 2006-2008, Mise à jour du 14 avril 2009

*Étapes 1 et 2 : Élaboration du portrait de consommation et identification des maladies prioritaires*

La programmation régionale des services ambulatoires est basée sur l'identification et l'analyse des besoins de la population lavalloise en termes d'épisodes de soins ainsi que sur l'offre de soins et de services de santé pour la région de Laval. Cette planification populationnelle visait à rendre accessible une offre de services complète, moderne et adaptée aux besoins de la population ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins. Pour ce faire, les données concernant l'hospitalisation des Lavallois en 1994-1995, qui est la période de référence utilisée par le Comité d'implantation du Centre de soins et de services ambulatoires de Laval, ont été analysées dans le but d'identifier les maladies prioritaires où il était nécessaire de consolider les services afin d'assurer une meilleure rétention de la clientèle en rendant accessible des services spécifiques. L'analyse de la morbidité hospitalière de la population de Laval a conduit à l'identification de 87 diagnostics, responsables de 67 % de l'ensemble des hospitalisations. Ces diagnostics ont été regroupés en 13 problématiques sur lesquelles portait la programmation. Il s'agit : les maladies cardio-vasculaires, la santé mentale, l'oncologie, les maladies du système nerveux et musculo-squelettique, l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie, les maladies du système digestif, les maladies respiratoires, les maladies des organes génito-urinaires, le diabète, l'obstétrique, la gériatrie, la pédiatrie et la santé des femmes.

Tous les fournisseurs de soins de la région de Laval (le centre hospitalier Cité de la santé, l'Hôpital Juif de réadaptation, les 4 Centres locaux de services communautaires (CLSC), les cabinets médicaux, les organismes communautaires et la régie régionale de la santé et des



services sociaux de Laval<sup>2</sup>) ont été associés pour identifier les interventions cliniques efficaces et élaborer l'offre de service.

*Étapes 3 et 4 : Identification des interventions cliniques efficaces et élaboration de l'offre de service*

Après l'analyse des principaux motifs d'hospitalisation des Lavallois, 87 diagnostics ont été ciblés pour faire objet de la programmation. Pour ces diagnostics, 88 mesures cliniques ont été identifiées en fonction de deux critères à savoir leur prévalence en milieu hospitalier et la capacité d'introduire des pratiques ambulatoires innovatrices. Ces 88 mesures sont responsables de 67 % de l'ensemble des hospitalisations pour lesquelles on vise une diminution de 25 % de la durée moyenne de séjour. Pour chacune des mesures cliniques, le comité décrit les activités habituelles et celles à mettre en place afin de substituer les activités hospitalières conventionnelles par des activités ambulatoires. Ce portrait a permis d'identifier les cibles cliniques visant à réduire la durée moyenne de séjour hospitalier par la mise en place d'activités cliniques ambulatoires. Les cibles cliniques ainsi identifiées ont été regroupées en 13 programmes et 88 mesures. Sur cette base, des protocoles cliniques ambulatoires ont été développés. Les principaux dispensateurs de services pour chacune des clientèles ciblées ainsi que les leaders cliniques régionaux concernant les problématiques de santé identifiées ont été sollicités pour évaluer la faisabilité et les conditions à mettre en place pour réviser et adapter ces pratiques cliniques. Ces principaux acteurs ont procédé à une revue et à une identification des meilleures pratiques cliniques qui ont déjà fait leurs preuves et qui sont supportées par la littérature scientifique.

L'élaboration de chacun de ses programmes repose sur une démarche similaire qui vise à :

---

<sup>2</sup> Actuellement Agence de la santé et des services sociaux de Laval

- placer l'amélioration et le maintien de la santé et du bien-être des personnes, notamment des Lavallois, au cœur de toutes les activités de soins et services ;
- offrir des soins et services de courte durée de la meilleure qualité possible à toutes les personnes peu importe le niveau socio-économique et l'état de santé, dans la mesure des ressources ;
- évaluer de façon continue l'offre de soins et de services de courte durée en fonction des résultats attendus en terme de santé et de bien-être ;
- garantir aux Lavallois des soins et des services de courte durée offerts de façon continue et intégrée, visant la restauration de la santé et allant de la prévention et de la promotion au support requis pour mourir dignement ;
- favoriser la prise en charge de la santé par chaque membre de la communauté, grâce à des activités d'information, d'éducation et de soutien appropriées ;
- développer l'approche par client grâce à la mise en réseau des soins et des services de courte durée offerts par les établissements de santé et de services sociaux, les regroupements de professionnels et les organismes communautaires ;
- mobiliser les personnes impliquées dans l'offre de soins et de services de courte durée, notamment les professionnels, et leur donner les moyens d'assurer le développement et leurs compétences ;
- reconnaître l'importance des déterminants de la santé et du bien-être de la population tels que l'éducation, les habitudes de vie, l'emploi et le revenu, le milieu social et l'environnement ;
- offrir les soins et les services de courte durée le plus près possible du milieu de vie des personnes qui les requièrent, notamment en utilisant au mieux les ressources spécialisées.

Partant du principe que la prévention, les conditions cliniques ou les problèmes sociaux différents demandent des modes d'intégration variés et un degré différent de spécialisation, la PRSA s'inscrit dans une démarche qui favorise la hiérarchisation des services.

#### *Étape 5 : Organisation des services*

L'organisation des services dans le cadre de la programmation de soins ambulatoires met de l'avant la consolidation d'un réseau intégré de soins à travers l'intégration des ressources et des services au niveau régional.

L'émergence d'un réseau intégré de soins découlait de la prise de conscience, par les établissements de la région de Laval, de la similarité des problèmes qu'ils vivent (vieillesse de la population et financement insuffisant, duplication des services et peu de continuité, coordination clinique inefficace et faible coopération entre les organisations).

L'approche de réseau intégré de soins signifie une mise en commun des ressources (cooptation d'actions et d'acteurs) pour une meilleure intégration des soins et des services entre les établissements. Outre la nécessité de diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier, l'approche réseau dans la gestion des soins et des services répond au besoin d'accroître la production concertée des services ambulatoires.

L'approche de réseau intégré de soins a été au cœur de la PRSA. Elle a été élaborée dans un souci d'optimisation des ressources et exige le développement d'un esprit de collaboration entre les différents acteurs du système de soins de Laval. Cela implique une intensification des rapports, voire une collaboration approfondie entre les établissements de santé de la région. Afin d'obtenir un suivi plus systématique du patient et une harmonisation des pratiques, la complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires nécessite un partenariat structuré et élaboré entre les sept établissements de santé du territoire de Laval. Plus de 93 professionnels de plusieurs disciplines ont été impliqués dans ce processus. Ces

personnes provenaient tant du Centre hospitalier Cité de la santé de Laval que de l'Hôpital Juif de réadaptation, des 4 CLSC, des cabinets médicaux privés, des organismes communautaires et de la Régie régionale de Laval.

L'approche de réseau de soins intégré dans le cadre de la PRSA s'appuie aussi sur une organisation de services par des épisodes de soins plutôt que compartimentée par établissement. De plus, elle se fonde sur la décision d'avoir recours à une même équipe médicale dans les 2 Centres hospitaliers (Cité de la santé et Hôpital Juif de réadaptation) et la même équipe interdisciplinaire quels que soient les établissements dispensateurs. Chacun des programmes de la PRSA est conçu de façon à ce que, lorsque les conditions cliniques le requièrent, chaque constituante du réseau offre des services complémentaires, concertés et continus, et ce, quel que soit le lien administratif. Il s'agit donc d'un changement culturel important qui permet de renforcer l'intégration clinique. Au-delà de cette intégration clinique des pratiques dans les sept établissements, la PRSA prévoit l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de systèmes d'information. Cette démarche d'intégration entre les acteurs régionaux pour élaborer et adopter une offre de soins et de services pour les populations de leur territoire constitue une expérience de réseaux intégrés.

### ***La modélisation de la PRSA***

Dans la section précédente, nous avons décrit la démarche de l'élaboration de la PRSA. Cette description permet de mettre en évidence les différentes approches au cœur de la programmation (Tableau 1). En clair, avec les établissements membres de son réseau, la région de Laval s'est dotée d'une programmation régionale de services ambulatoires. Cette programmation comprend au total 13 programmes et regroupe 88 mesures qui ont été définies pour être déployées à travers les sept établissements de santé du territoire. Cette réorganisation permettra ainsi au réseau lavallois de passer d'une configuration traditionnelle de soins en silo et peu coordonnés, à la construction d'un continuum de services où le patient qui y chemine est pris en charge par un groupe de partenaires.

La PRSA affecte directement les pratiques cliniques et organisationnelles. Avec la revue des façons de faire existantes, la recherche des meilleures pratiques, l'élaboration des scénarios de dispensation des services, l'uniformisation des pratiques entre les établissements, la PRSA sollicite la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et le développement d'une culture de collaboration et de coopération.

Tableau 1: Les différentes approches utilisées dans la programmation ambulatoire de services ambulatoires de Laval

---

**Une approche populationnelle** : élaboration d'un cadre structuré d'analyse des besoins de la population lavalloise en termes d'épisode de soins et sur l'offre de service pour assurer une programmation capable d'accroître l'accès aux soins et améliorer la rétention de la clientèle à l'intérieur de la région.

**Une approche de réseau intégré de soins**: coalition entre les 7 établissements publics du réseau lavallois pour assurer un suivi plus systématique, une harmonisation des pratiques, une complémentarité dans la dispensation des soins ambulatoires; et, l'intégration régionale des ressources en matière de ressources humaines, de budgets, d'équipements et de système d'information dans le but d'optimiser la gestion des ressources. La création du CHARL pour dispenser des soins et services ambulatoires et coordonner le processus clinique ambulatoire.

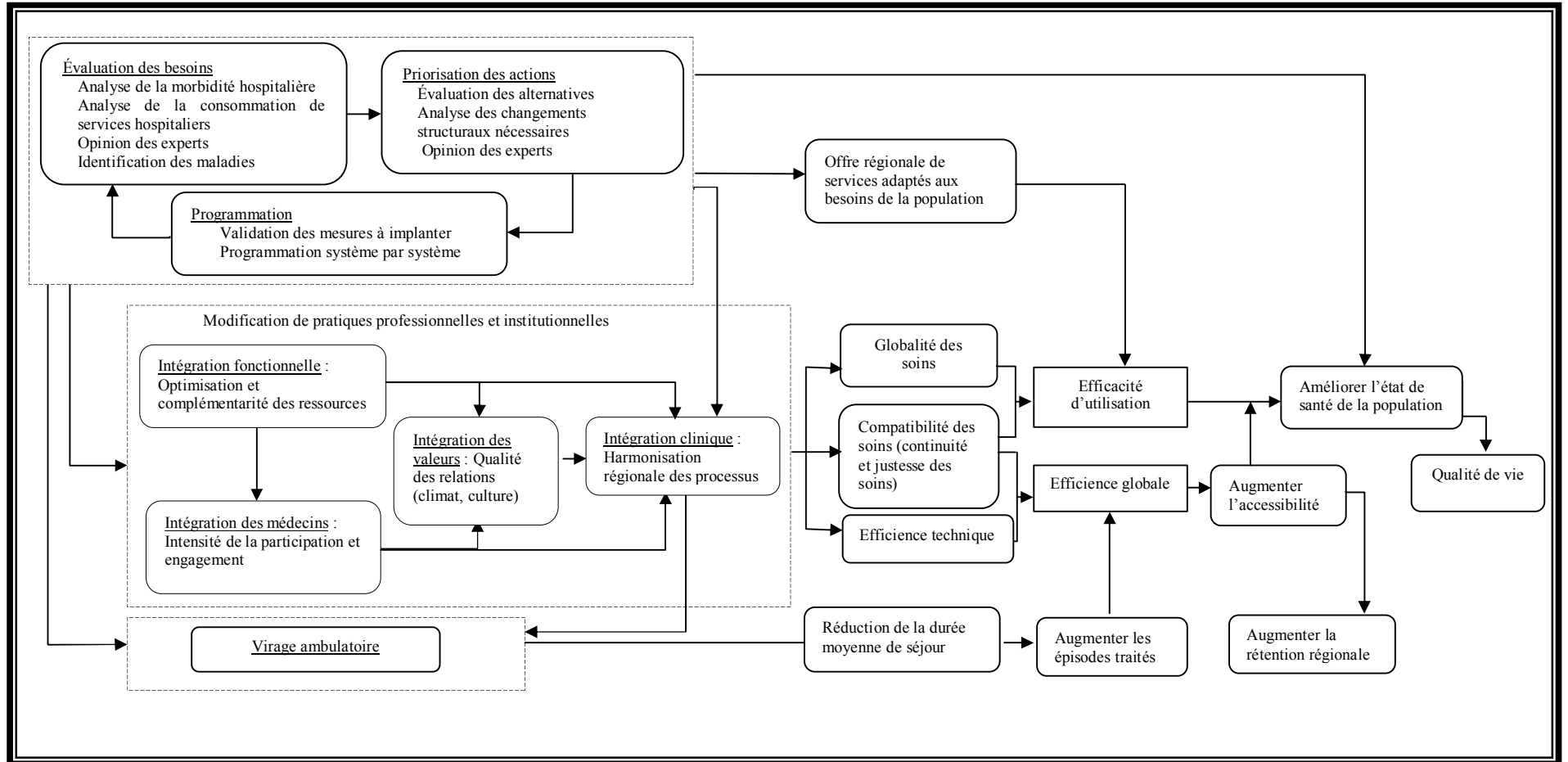
**Une approche de case management** : adoption de protocoles de soins normalisés pour guider la prestation de soins dans chacun des établissements impliqués dans le continuum de soins dans le but de diminuer la consommation des ressources hospitalières; et, l'implantation de systèmes d'information pour soutenir la transmission d'informations cliniques ainsi que la diffusion et le suivi des protocoles régionaux entre les établissements impliqués.

---

Le modèle mis de l'avant à Laval (figure 1) prévoit 1) une planification populationnelle basée sur une analyse des habitudes de consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et l'élaboration d'une offre de services plus adaptés; 2) une intégration des soins au niveau régional pour renforcer et consolider les efforts de coopération entre les différents prestataires de soins de la région et accroître ainsi le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins; et 3) un recours au virage ambulatoire pour diminuer la durée moyenne de séjour et accroître le volume des épisodes traités et contribuer ainsi à accroître l'accessibilité aux soins.

Selon le modèle, une planification populationnelle caractérisée par l'évaluation des besoins et la priorisation des actions devrait permettre une programmation capable d'offrir des soins et services plus adaptés aux besoins de la population. Cette planification populationnelle permet également de faciliter la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles pour consolider le réseau intégré de soins. C'est cette intégration qui devrait permettre un meilleur rendement clinique et par conséquent une meilleure efficacité globale, une meilleure globalité des soins et une meilleure adéquation des soins (Whittemore, 2005) c'est-à-dire des soins plus justes (appropriés et pertinents) et continus. L'adéquation des soins sera également renforcée par la démarche de planification populationnelle grâce à l'élaboration d'une offre régionale de soins et services adaptés aux besoins de la population. Les effets combinés de l'adéquation des soins, de la globalité et de l'amélioration du rendement clinique permettront d'améliorer l'accessibilité, d'augmenter la rétention régionale et ultimement d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Enfin, l'intégration clinique contribue à renforcer la stratégie de virage ambulatoire, ce qui devrait permettre de réduire la durée moyenne de séjour et augmenter le volume des épisodes traités contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité et à l'objectif d'augmentation de la rétention régionale.

Figure 1: Modèle de la PRSA





### ***Analyse du bien-fondé du modèle de la PRSA***

L'analyse du bien-fondé du modèle de la PRSA repose sur une recension critique des connaissances dans le but d'examiner la cohérence entre ces connaissances et les mécanismes causaux présumés de la PRSA. Cette recension des écrits est basée sur une revue intégrative qui permet d'analyser les principales hypothèses soulevées par la modélisation de la PRSA, à savoir :

Hypothèse 1 : La planification populationnelle des services contribue à :

- a) la consolidation d'un réseau intégré de soins.
- b) une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population.

Hypothèse 2 : L'intégration des soins au niveau régional contribue à :

- a) améliorer le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins.
- b) accroître l'accessibilité aux soins.

La revue intégrative est une méthode spécifique de revue systématique qui examine des études empiriques pour fournir une compréhension ou une explication d'un problème particulier ou d'un phénomène de santé (Billay & Myrick, 2008 ; Whittemore, 2005). Les études empiriques retenues dans une revue intégrative peuvent être de nature qualitative ou quantitative (Whittemore, 2005). La revue intégrative est également perçue comme la méthode de revue de la littérature la plus englobante qui permet de tenir compte simultanément des recherches expérimentales et non-expérimentales pour fournir une compréhension d'un phénomène (Whittemore & Knafl, 2005). Elle offre ainsi un éventail de connaissances pour alimenter la recherche, la pratique et les politiques de santé (Evans & Pearson, 2001).

A l'instar des autres types de revue, la revue intégrative adopte un protocole de recherche qui est préalablement défini avant le processus de recherche de la littérature. Ce protocole porte principalement sur la définition de l'objet de la revue intégrative, l'identification des mots-clés et des stratégies à utiliser, l'élaboration de critères de sélection des études et l'évaluation de la qualité des études sélectionnées. Dans le cadre de cette étude, la recherche des articles a été faite avec l'aide d'une bibliothécaire pour identifier les mots clés et les articles qui s'y rapportent. Cette recherche est faite à partir des bases de données Medline/PubMed et Embase. Les mots clés utilisés dans la stratégie de sélection des articles ainsi que la période de référence varient selon les hypothèses.

### ***Sélection des articles pour l'hypothèse 1***

La période de référence pour la sélection des articles va de janvier 1980 à avril 2010. En effet, la littérature sur la planification populationnelle des soins a été abondante bien avant les années 2000.

Dans un premier temps, les mots clés ["regional health planning" or "population health planning"] AND ["delivery of health care, integrated" or "integrated healthcare" or «systems integration" or "continuity of patient care" or "appropriateness"] ont été utilisés et ont permis de recenser 158 articles. Après une lecture des résumés, 136 articles ont été exclus. Pour être retenus, les articles devraient être publiés en anglais ou en français et basés sur des études empiriques (études évaluatives ou analyses d'expérimentation) qui portent sur une expérience de planification des soins avec une dimension territoriale (locale ou régionale). Enfin, après une lecture complète des 22 articles restants, 16 articles ont été retenus pour examiner l'impact d'une planification populationnelle des

services sur la consolidation d'un réseau intégré de soins et sur l'adéquation des soins et services offerts à la population. La liste des articles non retenus est présentée dans le tableau 2. Principalement, ces articles n'ont pas été retenus parce que les expériences de planification des soins qu'ils présentent n'a pas une portée régionale ni locale ou qu'il ne s'agit pas d'une étude empirique.

Tableau 2: Liste des articles non retenus pour l'hypothèse 1

Jones, W. J. (1997). "Population-based design: the Baptist Health experience." *Healthcare Forum Journal* 40(6): 19-22

Kaufman, N. (1995). "Competing in an integrated healthcare market: four strategies for success." *Healthcare Executive* 10(3): 18-22.

Pistella, C. Y. and C. A. Synkewecz (1999). "Community postpartum care needs assessment and systems development for low income families." *Journal of Health & Social Policy* 11(1): 53-64.

Philbin, P. W. (1993). "Strategic planning. From the ground up: planting the seeds of network development." *Hospitals & Health Networks* 67(11): 46-52.

Ratner, D., D. Louria, et al. (2001). "Wealth from Health: an incentive program for disease and population management: a 12-year project." *Lippincott's Case Management* 6(5): 184-204

Solomon, M. R. (2007). "Regional health information organizations: a vehicle for transforming health care delivery?" *Journal of Medical Systems* 31(1): 35-47.

### ***Sélection des articles pour l'hypothèse 2***

La période de référence pour la sélection des articles va de janvier 2000 à avril 2010.

Dans un premier temps, les mots clés suivants ont été retenus pour la recherche des articles: ["delivery of health care, integrated"/ or "integrated healthcare" or "systems integration"] AND ["appropriateness" or "effectiveness" or "efficiency" or "health services accessibility" or "quality of health care" or "continuity of patient care"]. Cette

étape a permis la présélection de 1290 articles. Par la suite, la sélection des études empiriques a été faite en limitant la recherche aux types de publication suivante : "case reports" ou "classical article" ou "clinical trial" ou "comparative study" ou "controlled clinical trial" ou "evaluation studies" ou "meta analysis" ou "multicenter study" ou "randomized controlled trial". Ainsi, 38 articles ont été retenus et sont basés sur des études empiriques.

La lecture de ces articles a permis d'en retenir 16. La liste des articles non retenus est présentée dans le tableau 3. Pour être retenus, les articles devraient porter sur une expérience d'intégration des soins avec une dimension territoriale (locale ou régionale). Ces articles permettront d'examiner la contribution de l'intégration des soins au niveau régional sur l'accessibilité aux soins d'une part, et d'autre part la contribution de l'intégration des soins au niveau régional sur l'amélioration du rendement clinique, de l'adéquation et de la globalité des soins.

Tableau 3: Liste des articles non retenus pour l'hypothèse 2

Abendstern, M., S. Reilly, et al. (2006). "Levels of integration and specialisation within professional community teams for people with dementia." International Journal of Geriatric Psychiatry 21(1): 77-85.

Aelony, Y. and J.-M. Tschopp (2007). "A large network of integrated medical care: the example of Kaiser Permanente in California. First-hand report by a physician." Revue Medicale Suisse 3(99): 484-486.

Ahgren, B. and R. Axelsson (2007). "Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden." International Journal of Health Planning & Management 22(2): 145-157.

Albanese, M., G. Mejicano, et al. (2009). "Physician practice change I: a critical review and description of an Integrated Systems Model." Academic Medicine 84(8): 1043-1055.

Alerany, C., D. Company, et al. (2005). "Impact of local guidelines and an integrated dispensing system on antibiotic prophylaxis quality in a surgical centre." Journal of Hospital Infection 60(2): 111-117.

Armstrong Schellenberg, J., J. Bryce, et al. (2004). "The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania." Health Policy & Planning 19(1): 1-10.

Armstrong Schellenberg, J. R. M., T. Adam, et al. (2004). "Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania." Lancet 364(9445): 1583-1594.

Atkin, C., I. Freedman, et al. (2005). "The evolution of an integrated State Trauma System in Victoria, Australia." Injury 36(11): 1277-1287.

Baillargeon, J.-P., A. Carpentier, et al. (2007). "Integrated obesity care management system -implementation and research protocol." BMC Health Services Research 7: 163.

Ballard, D. J. (2003). "Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system." International Journal for Quality in Health Care 15 Suppl 1: i13-23.

Battleman, D. S., M. A. Callahan, et al. (2001). "Dedicated asthma center improves the quality of care and resource utilization for pediatric asthma: a multicenter study." Academic Emergency Medicine 8(7): 709-715.

Bauer, M. S., L. McBride, et al. (2006). "Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial." Psychiatric Services 57(7): 927-936.

Bauer, M. S., L. McBride, et al. (2006). "Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs." Psychiatric Services 57(7): 937-945.

Becker, C., S. Whitbeck, et al. (2000). "Case management as an integration strategy: the Highland Hospital experience." Seminars for Nurse Managers 8(1): 36-44.

Boyle, D. I., S. Cunningham, et al. (2001). "Technology integration for the provision of population-based equitable patient care: The Tayside Regional Diabetes Network--a brief description." Diabetes, Nutrition & Metabolism - Clinical & Experimental 14(2): 100-103.

Closson, T. R. (2000). "The Capital Health Region's early experiences: moving towards integrated healthcare." Healthcarepapers 1(2): 88-95; discussion 104-107.

Depla, M. F. I. A., R. de Graaf, et al. (2003). "Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences." Psychiatric Services 54(5): 730-735.

Esselens, G., R. Westhovens, et al. (2009). "Effectiveness of an integrated outpatient care programme compared with present-day standard care in early rheumatoid arthritis." Musculoskeletal Care 7(1): 1-16.

Harrison, A. and M. Verhoef (2002). "Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system." Health Services Research 37(4): 1031-1054.

McRae, I. S., J. R. G. Butler, et al. (2008). "A cost effectiveness study of integrated care in health services delivery: a diabetes program in Australia." BMC Health Services Research 8: 205.

Solomon, M. R. (2007). "Regional health information organizations: a vehicle for transforming health care delivery?" Journal of Medical Systems 31(1): 35-47.

Vanderbent, S. "Strategies for transition planning in Ontario's local health integration networks." Healthcare Quarterly 8(3): 78-81.

Au total, la stratégie de recherche des articles a permis de recenser 17 articles distincts pour examiner l'ensemble des hypothèses retenues. Le détail de ces articles est présenté dans le tableau 4 et la définition des concepts utilisés dans les études est présentée dans le tableau 5.

Tableau 4: Caractéristiques des articles retenus

Auteurs	Objectifs de l'étude	Devis de recherche	Résultats
(Alkema et al., 2003)	Évaluer le modèle « Care Advocate Program », une initiative d'intégration régionale des soins et services pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques.	Une étude de cas de type analytique pour présenter le processus d'élaboration du modèle « Care Advocate Program » et discuter des facteurs explicatifs de la mise en œuvre de modèle de collaboration.	Le fait que les partenaires impliqués dans le projet d'intégration aient développé une mission commune, amélioré le dialogue entre partenaires et surmonté les obstacles tout au long de l'élaboration de leur projet, cela a permis de consolider la collaboration, le respect mutuel et la confiance entre les partenaires. Les différents partenaires affirment avoir pu identifier collectivement les aspects à conserver dans leur mode de fonctionnement actuel et les aspects sur lesquels un changement était nécessaire ainsi que la nature des changements à apporter par chacun des partenaires. Cette intégration a permis, par exemple, aux partenaires du programme de résoudre les problèmes de soutien à domicile en examinant l'impact relatif d'un changement de procédures d'intervention, le maintien de l'approche clientèle déjà en cours dans la pratique des partenaires et l'adoption consensuelle d'un protocole de soins pour les visites à domicile.
(Barrett, Way, McDonald & Parfrey, 2005)	Examiner les tendances dans l'accès, l'utilisation et l'efficacité des soins aigus dans la province de Terre-Neuve et Labrador suite à une politique de régionalisation des soins	Étude de cas basée sur l'analyse comparative des données hospitalières de St-Jean et les autres régions de la province de Terre-Neuve et Labrador. Tous les patients résidant dans la province et ayant reçu un congé hospitalier après un épisode de soins aigus ou de chirurgie d'un jour entre le 1 <sup>er</sup> avril 1995 et le 31 mars 2001. Les données proviennent de l'Institut	L'analyse des données a permis de constater une diminution des admissions de 14% dans la région de St-Jean comparativement à 17% dans les autres régions de la province. Le nombre de jours d'hospitalisation a diminué de 9% dans la région de St-Jean comparativement à 12% dans les autres régions de la province. Dans la région de St-Jean, le taux standardisé des admissions à l'hôpital ainsi que la durée des hospitalisations ont connu respectivement des baisses de 10% et de 5,6%. Dans les autres régions de la province, les baisses observées sont de 16% pour les admissions et 14% pour les hospitalisations.



		canadien d'information en santé.	
(Chandler & Madison 1996)	Évaluer un modèle d'organisation des soins qui intègre une réforme financière (basée sur la consolidation des ressources financières et la capitation) et une approche d'équipe interdisciplinaire pour la dispensation des soins.	Essai randomisé où les patients sont assignés aléatoirement au programme intégré et sont comparés avec des patients qui reçoivent les services usuels.	Les résultats montrent une diminution de l'utilisation des services hospitaliers, avec une réduction du taux d'admission de 40% à 21% dans le groupe expérimental, dans un intervalle de 12 mois. Toutefois, aucune différence n'a été rapportée sur le taux des longs séjours d'hospitalisation et la perception des patients sur la qualité de vie.
(Christianson & Moralejo, 2009)	A la suite d'une intégration régionale de cliniques d'hépatite virale en Colombie-Britannique, cette étude vise à (1) évaluer la perception des patients sur la qualité des soins et services offerts par la clinique régionale intégrée d'hépatite en Colombie-Britannique; (2) déterminer quels aspects de soins étaient importants	Étude transversale basée sur une enquête auprès de 115 patients ayant reçu des soins et services après l'intégration régionale des soins en hépatite virale. Deux questionnaires ont été utilisés : l'un portant sur la qualité des soins et l'autre sur les perspectives d'amélioration du modèle.	Les résultats montrent que près de 93% des patients ont confirmé avoir un accès facile aux cliniques d'hépatite virale par téléphone et 77,3% ont affirmé avoir accès à l'ensemble des services dont ils ont eu besoin à la clinique. Une différence significative ( $p=0,018$ ) a été observée en ce qui concerne la perception de l'adéquation du suivi post-traitement des patients (55,6%) comparativement aux patients sans traitement (76,3%) et les patients ayant eu un traitement (93,8%). Le score total de qualité est de 4,44/5 pour les services infirmiers et de 4,20/5 pour les services administrés par les médecins. Les patients ayant reçu un traitement estiment à 52,8% que les services sont excellents alors que 36,8% estiment que les services sont bons. Chez les patients qui n'ont pas eu de traitement, c'est 64,0% qui considèrent les services comme excellents et 31,5% les considèrent comme bons.

	pour les patients ; et (3) comprendre l'effet des services sur leur capacité de faire face à la maladie.		
(Curtis et al., 2005)	Évaluer la qualité des soins médicaux après la réforme de régionalisation des soins dans la province de Terre-neuve et Labrador.	Étude rétrospective couvrant 3 années : 1995/96 (au début du processus de la réforme de régionalisation); 1998/99 (au cours de l'implantation de la réforme); 2000/01 (après l'implantation de la réforme) et mettant l'accent sur les résultats des programmes de cardiologie, médecine respiratoire, neurologie, néphrologie, psychiatrie, chirurgie et santé des femmes.	<p>Les auteurs rapportent une amélioration de l'utilisation des traitements thrombolitiques et des mesures préventives post-infarctus dans la région de St-Jean, mais aussi dans les autres régions de la province. Le taux de mortalité et la justesse dans le choix des antibiotiques dans les cas de pneumonies sont restés stables dans la région de St-Jean et les autres régions de la province. À St-Jean, il a été observé une amélioration de la pertinence des hospitalisations basées sur la sévérité de la maladie.</p> <p>La référence des patients et le temps nécessaire pour rencontrer un professionnel, avoir un examen d'imagerie ou un congé hospitalier ont connu une amélioration dans la région de St-Jean mais aussi dans les autres régions de la province de Terre-neuve et Labrador.</p> <p>Le temps d'attente pour rencontrer les spécialistes a été rapporté par ces derniers comme de plus en plus long (particulièrement pour la gynécologie et l'ophtalmologie) ainsi que le temps d'attente pour les traitements (particulièrement pour les chirurgies plastiques et les chirurgies orthopédiques)</p> <p>32% des patients admis dans à l'hôpital ont rapporté ne pas être satisfait du temps d'attente pour être admis. Cette perception des patients a été confirmée par l'analyse des délais de transfert de l'urgence aux salles d'hospitalisation.</p> <p>Dans l'ensemble des régions, les auteurs ont conclu que les différents programmes ont permis d'améliorer la qualité des soins, mais l'accessibilité aux services demeure un problème</p>

			majeur.
(Dudgeon et al., 2009)	Analyser le processus d'implantation et évaluer un projet régional d'intégration des soins palliatifs à travers la Colombie-Britannique	Étude de cas basée sur des données qualitatives (questionnaires auto-administrés et deux groupes de discussions indépendants) provenant des professionnels. Les données portent sur la démarche d'élaboration du projet et sur le processus d'implantation et l'utilité des différentes composantes du projet d'intégration régional de soins palliatifs. Pour les questionnaires auto-administrés, le taux de réponse a été de 24,6% (30/122). Pour les groupes de discussion, le taux de participation est de 16,4% (9/55)	La mise en place d'un groupe de travail (cliniciens et non-cliniciens) pour organiser un continuum en soins palliatifs au niveau régional a permis de mettre en place un langage commun et de favoriser l'implantation d'un réseau régional de soins qui comprend des organismes communautaires, des hôpitaux de courte durée et des cliniques externes en cancer pour assurer un continuum de soins palliatifs. Les différents professionnels interviewés ont affirmé que le programme a apporté une amélioration dans les soins palliatifs particulièrement dans les soins offerts dans la communauté. À partir de cette étude de cas, les auteurs concluent que les réseaux de soins dans lesquels chaque organisation participante conserve son autonomie constituent un moyen efficace pour améliorer l'intégration et la coordination des soins.
(Fleury, Mercier & Denis, 2002)	Examiner dans quelle mesure l'implantation du plan régional d'organisation des soins et services a permis la formation de réseaux intégrés en santé mentale	Une étude de cas combinant des entrevues (n=143) auprès des professionnels de soins, mais aussi des patients; l'analyse documentaire (compte rendu de réunion, documents administratifs, etc.) et la revue de la littérature scientifique sur les services de santé mentale, les réseaux de santé et les théories organisationnelles.	Les différents acteurs régionaux en santé mentale se sont constitués en comité consultatif tripartite pour élaborer et implanter un plan d'intégration régionale des services en santé mentale. Ce plan a été approuvé par les différentes organisations régionales. La démarche d'identification par les différents acteurs régionaux des besoins en santé mentale des populations ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser a permis d'élaborer une planification régionale des soins qui correspond aux besoins de la population et tient compte des contraintes institutionnelles.

			Les différentes orientations stratégiques sont conçues pour développer une familiarité avec une organisation régionale des soins en santé mentale et une rationalisation des opérations. Ces orientations visent également à améliorer l'équité intra-régionale, inter-régionale et inter-service; ainsi que l'ajustement des ressources en fonction des besoins de la clientèle; et, étendre les services et l'offre à la communauté et une meilleure coordination des soins. Ces différentes orientations sont partagées par tous les membres du comité de planification.
(Joyce & Amlani, 2009)	Évaluer les effets de l'intégration de soins pour les patients atteints de maladie cérébro-vasculaire à travers la région de l'Alberta	Étude de cas qui documente les effets de l'intégration régionale des soins cérébro-vasculaires à partir du parcours des patients tout long du continuum de soins.	Les résultats ont montré que cette initiative a permis d'accroître de 30 à 56% la capacité des hospitalisations pour les soins aigus en maladie cérébro-vasculaire. L'évaluation a aussi montré que le processus d'intégration des soins a permis d'améliorer la continuité des soins entre les unités d'hospitalisation et les autres unités à l'intérieur d'un hôpital. De plus, les différentes stratégies de planification de la réadaptation qui ont été élaborées dans le cadre de cette intégration régionale ont permis de réduire le temps d'attente (de plus de 8 semaines à moins d'une semaine) pour plusieurs traitements.
(Kwan, Hand, Dennis & Sandercock, 2004)	Évaluer les effets d'un modèle d'intégration pour les soins cérébro-vasculaires	Étude quasi expérimentale de type avant-après avec groupe contrôle non équivalent. Le groupe expérimental est composé des 197 patients admis à l'unité des soins cérébro-vasculaires dans les 9 mois précédant l'introduction du modèle d'intégration des soins. Quant aux patients du groupe contrôle, il s'agit des 154 patients admis dans la même unité 9 mois avant	Les résultats ont montré que dans le groupe expérimental, les patients avaient plus de chance d'avoir un scan cérébral en 24 heures (OR=1,84 ; CI 1,09-3,10 ; p=0,02) ou en 48h (OR=2,27 ; CI 1,13-4,55 ; p=0,02). Ces patients ont également plus de chance de bénéficier des soins de physiothérapie (OR=2,53, CI 1,58-4,04 ; p=0,0005). Les patients du groupe expérimental ont également moins de chance de développer des infections des voies urinaires (OR 0,37; CI 0,15-0,91; p=0,03). Aucune différence significative n'a été rapportée entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en ce qui concerne l'évolution de la durée moyenne de séjour (groupe expérimental 10 jours versus groupe contrôle 8 jours, p=0,65). Les auteurs ont

		<p>l'introduction du modèle d'intégration. Les principales variables examinées sont liées principalement aux processus de soins, aux complications et aux taux de mortalité.</p>	<p>observé que les patients du groupe expérimental avaient moins de chance de développer une infection urinaire (OR= 0,37, CI 0,15-0,91, p=0,03) dans les 5 jours suivant les traitements. Mais, aucune différence significative n'a été rapportée entre les deux groupes en ce qui concerne le taux d'autres complications. De même, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en ce le taux de mortalité et la destination des patients après un séjour hospitalier. Selon les auteurs de l'étude, les résultats obtenus seraient potentiellement dû aux processus de conception et d'implantation du modèle d'intégration et les différentes activités telles que l'analyse des évidences sur les soins cérébrovasculaires, l'analyse des pratiques cliniques initiales (identification des forces et faiblesses des pratiques en cours avant l'implantation du modèle) et le travail en équipe.</p>
--	--	--	---

(Letourneau, 2009)	Décrire "Health Link Alberta", un modèle régional de collaboration qui vise des soins orientés vers le patient, la réduction des écarts de pratiques cliniques, la mise en place d'un continuum de soins et l'amélioration du processus de gestion des soins	Une étude de cas descriptive pour présenter la démarche dans l'élaboration du modèle "Health Link Alberta"	Le modèle «Health Link Alberta» est une initiative d'intégration régionale des services de santé qui met de l'avant une structure de gouvernance concertée et des liens étroits avec les principaux acteurs locaux et régionaux. Ce modèle d'intégration régionale est fondé sur la détermination des besoins des populations locales et régionales, la planification des services de santé ainsi que le développement d'outils nécessaires pour offrir des soins de qualité, appropriés et accessibles. Les travaux de Letourneau (2009) ont montré que l'application de ce modèle a permis avec succès une concertation des établissements de santé et des médecins autour des besoins de la population et la mise en place de différentes stratégies pour supporter une offre régionale de service. L'auteur conclut que le «Health Link Alberta» est un modèle d'intégration régionale qui a permis d'accroître la coordination et l'intégration entre les fournisseurs de soins de la région ; de mettre à la disposition des cliniciens et des gestionnaires, les outils nécessaires pour des soins et services plus efficaces ; et qui encourage une meilleure utilisation des ressources.
(McClure et al., 2010)	Déterminer l'efficacité d'un programme axé sur une approche populationnelle visant la prévention des chutes chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans deux communautés australiennes (Wide Bay et Northern Rivers).	Étude comparative (avant et après l'implantation) dans deux régions pour examiner les changements dans les principaux facteurs de risque des chutes; mais aussi les changements des résultats de santé dans chacune des régions. L'échantillon comprend 43.821 (21,6% de la population) et 58.722(22,2% de la population) résidents de 60 ans et plus provenant respectivement des	Le programme de prévention mis en place est caractérisé par la participation des différents acteurs locaux incluant les organismes communautaires, les professionnels de la santé, les autorités locales de la santé dans le développement et l'implantation du programme. Les résultats montrent que les proportions de personnes ayant rapporté n'avoir eu aucune chute, plusieurs chutes, blessure après une chute, admission à l'hôpital après une chute sont restées similaires avant et après l'implantation du programme dans chacune des régions. Les informations sur la prévention des chutes et les effets secondaires de la médication sont plus discutés en 2006 (post-

		communautés de Wide Bay et Northern Rivers. Les données de l'étude proviennent du Bureau australien des Statistiques	intervention) qu'en 2002 (pré-intervention) [(OR=1,16; 95% CI=1,03-1,31); et (OR=1,31; 95% CI=1,14-1,49)].
(Monaghan et al., 2005)	Présenter les résultats d'une intégration des soins et services pour les patientes atteintes de cancer de sein dans quatre régions d'Irlande du Nord.	Analyse rétrospective qui permet de comparer les soins et services offerts aux patientes diagnostiquées pour un cancer du sein en 1996 (période pré-intervention) et celles diagnostiquées en 2001 (période post-intervention). Au total, les dossiers de 1645 patients ont été analysés dont 764 en 1996 et 881 en 2001.	Les résultats montrent que le nombre de chirurgies de nodule axillaire cliniquement pertinent a connu un accroissement significatif entre 1996 et 2001 [67% (n=515) en 1996 vs 87% (n=765) en 2001, p<0.001]. De plus, on observe une meilleure adéquation dans le choix des hormonothérapies [en 1996, 6% seulement des patientes ont reçu la thérapie d'hormone appropriée à leur statut de récepteur hormonale comparativement à 81% en 2001, p<0.001] et la communication entre les hôpitaux, les patients et leurs généralistes a également été améliorée.
(Plochg, Delnoij, Hoogedoorn & Klazinga, 2006)	Explorer la collaboration entre les acteurs locaux de soins de santé dans le sud-est de l'Amsterdam	Étude de cas rétrospective basée sur : 1) des entrevues semi-dirigées auprès gestionnaires actuels (n=11) et d'anciens gestionnaires (n=6) impliqués dans le développement des stratégies de partenariat entre les acteurs locaux de soins de santé dans la région; et, 2) d'analyse documentaire pour décrire la nature des partenariats et les activités de collaboration.	Les résultats montrent que la collaboration entre les différents acteurs locaux de soins a permis de mettre l'accent sur les besoins de santé de leur population et une intégration des services autour de ces besoins. Dans cette initiative, les différents partenaires partagent une vision des soins centrés sur les besoins de la population. Les fonctions stratégiques telles que la planification des services, l'évaluation des besoins régionaux en matière de ressources, l'allocation de ressources et la gestion de l'information sont centralisées au niveau des partenaires. La gouvernance de ce partenariat est axée sur l'intérêt collectif des différents acteurs qui y sont impliqués.
(Shortell et al., 2002)	Évaluer les effets d'un modèle « Community Care Network »	L'évaluation est basée sur une étude de cas qui examine dans quelle mesure la gestion de la	Ce modèle est basé sur quatre approches à savoir : 1) une approche populationnelle qui met l'accent sur la santé de la population et non des individus ; 2) une approche qui privilégie

	<p>(CCN) sur la consolidation d'un partenariat entre les différents prestataires (public et privé) de soins impliqués dans le CCN</p>	<p>concertation et du partenariat entre les différents prestataires a permis de mettre en place chacune des approches du CCN. Les résultats sont basés sur une analyse qualitative du partenariat et de la collaboration entre les différents prestataires impliqués dans le CCN ; mais aussi, une analyse quantitative provenant de questionnaires adressés aux intervenants clés du CCN tels qu'identifiés par les coordonnateurs du projet. Le taux de réponse pour les questionnaires est de 55% (447/820).</p>	<p>la continuité des soins à travers la coordination des soins et services entre les prestataires ; 3) une approche qui tient compte des ressources disponibles ; et enfin 4) une approche qui insiste sur la responsabilité des prestataires à l'endroit des services aux populations. Les résultats de cette évaluation ont montré que, dans une approche de planification populationnelle, la création d'une compréhension commune des besoins des populations et le partage d'une même vision par les différents partenaires sont nécessaires pour bâtir un partenariat capable d'assurer les services à la population. De plus, les auteurs (Shortell et al., 2002) ont montré que la gestion de ce partenariat passe par la reconnaissance de la complexité inhérente aux alliances inter-organisationnelles.</p>
--	---	---	---



(Smith et al., 2004)	Évaluer une initiative locale d'intégration pour structurer les soins aux patients atteints de diabète. Cette initiative intègre la formation des prestataires de soins primaires qui y sont impliqués, l'introduction dans les services communautaires d'infirmières spécialisées en diabète, un accord local pour des protocoles cliniques et le développement d'une interface pour structurer la communication entre les soins primaires et secondaires.	Un essai randomisé qui vise à examiner l'efficacité de cette initiative. Au total, 183 patients suivis au cours des 18 mois précédant l'étude ont été recensés. Ces patients présentent un diabète de type 2. Les résultats biophysiques (HbA1c, tension artérielle, index de masse de corps), les mesures psychosociales (le statut tabagique et la satisfaction aux traitements de clinique de diabète) et les résultats de processus de soins ont été examinés.	Les résultats de l'étude ont montré que cette initiative a des effets significatifs sur la dispensation des soins, le partage d'information entre les différents prestataires et la satisfaction des patients. Les résultats ont également mis en évidence une augmentation significative des soins et services pour les patients du groupe expérimental. En effet, il a été observé un accroissement significatif (de 65 à 85%, $p < 0,0001$ ) du volume de patients traités annuellement par des spécialistes. En médecine générale, le nombre de patients enregistrés a connu quant à lui, un accroissement de 120% en un an. On observe également dans le groupe expérimental, une baisse de 8 % de la proportion des patients qui rapportent des soins inappropriés comparativement au groupe de contrôle où cette proportion a connu un accroissement de 7 % ( $p = 0,008$ ). L'étude a également montré qu'il n'y a eu aucune différence de signification en ce qui concerne les résultats biophysiques, le nombre de patients qui ont rapporté une non disponibilité des diététistes, la proportion de patients qui ont eu recours à l'aspirine et l'utilisation de médicament de réduction des lipides. Les patients ont généralement eu une opinion positive sur les services diabétiques et exprimé une forte confiance envers les professionnels.
(Speir, Rich, Crosby & Fonner, 2009)	Examiner l'efficacité d'un modèle de collaboration et de planification régionale en Virginie. Un modèle qui met de l'avant l'amélioration	Étude quasi expérimentale entre un groupe expérimental qui bénéficie des différentes mesures issues de la collaboration régionale des acteurs en chirurgie cardiaque ; et, le groupe témoin qui bénéficie des services	Le modèle de collaboration mis en place regroupe 17 hôpitaux et 13 chirurgiens cardiaques. Tous les acteurs impliqués dans cette collaboration poursuivent un but commun: améliorer les processus cliniques en chirurgie cardiaque. L'évaluation a montré que la collaboration a permis d'identifier les initiatives pertinentes pour améliorer les soins. Par exemple, l'adoption en 2004 de protocoles d'amiodarone a permis à la région de la

	des résultats de santé	dispensés initialement dans la région.	Virginie de réduire l'incidence de la fibrillation auriculaire de 16.86% en 2004 à 13.75% en 2006 et à 15.16% en 2007, toujours bien au-dessous du taux aux États-Unis qui est de 20%. De même, l'utilisation de Trasyol pendant les pontages coronariens a permis une diminution des taux de complications post-opératoire et de mortalité à long terme. Les patients du groupe expérimental (ayant reçu du Trasyol) ont un risque d'infarctus moins élevé que les patients du groupe témoin ([OR]: 0.29 vs. OR: 2.70, p<0.010). Il en est de même pour le risque d'insuffisance rénale nécessitant une dialyse (OR: 1.19 vs. OR: 0.40, p<0.028), et mortalité (OR: 1.51 vs. OR: 0.63, p<0.033).
(Sulch et al., 2000)	Évaluer l'efficacité d'un modèle local d'intégration des soins de réhabilitation pour les patients atteints de maladies cérébro-vasculaires	Essai randomisé où 126 patients sont assignés aléatoirement entre le groupe expérimental qui reçoit les soins tel que conçu dans le modèle d'intégration et le groupe contrôle qui reçoit les soins usuels.	Les résultats de l'évaluation ont montré qu'il n'y aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en ce qui concerne le taux de mortalité (10% contre 6%) ou la durée de séjour à l'hôpital (50±19 jours versus 45±23 jours). Par contre les patients du groupe contrôle ont un taux d'hébergement de longue durée significativement plus élevé que ceux du groupe expérimental (21% versus 13%). Toutefois, aucune différence significative n'a été observée dans l'intensité des soins de physiothérapie (42,8±41,2 heures versus 39,1±36,4 heures) ou de thérapie fonctionnelle (8,5±7,5 heures versus 8,0±7,5 heures)

Tableau 5: Définition des concepts selon les auteurs

<p><b>Consolidation d'un réseau intégré de soins :</b> Pour l'ensemble des études examinées, la consolidation d'un réseau est appréciée par les liens de collaboration entre les différents partenaires impliqués dans le réseau (Alkema et al., 2003; Dudgeon et al., 2009; Letourneau, 2009; Plochg, Delnoij, Hoogedoorn &amp; Klazinga, 2006; Shortell et al., 2002). A cela s'ajoute la clarification de l'objectif et la mise en place d'un langage commun sur les concepts fondamentaux comme par exemple le case management; ainsi l'approche de résolution des obstacles qui est orientée vers le dialogue, la négociation et la recherche de compromis (Alkema et al., 2003). L'échange d'information clinique et des pratiques innovantes entre les différents établissements régionaux impliqués dans le réseau (Dudgeon et al., 2009). La reconnaissance des besoins régionaux en matière de soins de santé et le développement de procédures pour élaborer des soins de qualité (Letourneau, 2009). La gestion d'objectifs communs (Shortell et al., 2002).</p> <p><b>Adéquation des soins :</b> L'adéquation des soins est appréciée soit du point de vue des patients sur la qualité des soins et services (Christianson &amp; Moralejo, 2009; Smith et al., 2004), de la pertinence des hospitalisations basée sur la sévérité des cas de pneumonie, la justesse du choix des antibiotiques et le taux de réadmission (Curtis et al., 2005). Pour Monaghan et al. (2005), l'adéquation des soins est appréciée par le taux de concordance d'une hormonothérapie en fonction du statut des récepteurs hormonaux (P. Monaghan et al., 2005). L'adéquation des soins c'est également appréciée par l'utilisation de protocoles pour réduire l'incidence de la fibrillation auriculaire et le choix des approches thérapeutiques qui permettent une diminution des taux de complications postopératoires ainsi que la mortalité à long terme (Speir, Rich, Crosby &amp; Fonner, 2009).</p> <p><b>Rendement clinique :</b> Dans les études examinées, le rendement clinique est analysé à partir de l'analyse du taux d'admission et d'utilisation des services hospitaliers (Chandler et al., 1996), de l'évolution de la durée de séjour et du nombre des hospitalisations (Barrett, Way, McDonald &amp; Parfrey, 2005; Kwan et al., 2004), la continuité des soins entre les unités d'hospitalisation (Joyce &amp; Amlani, 2009), le volume de patients traités (Smith et al., 2004) et l'utilisation des ressources (Letourneau, 2009).</p> <p><b>Accessibilité :</b> Dans l'étude de Kwan et al. (2004) l'accessibilité est analysée à partir de la documentation, du processus de soins, l'occurrence de complication et le suivi post-traitement. L'accessibilité est appréciée à partir du temps pour avoir un scan cérébral, des soins de physiothérapie (Kwan et al., 2004). Dans l'étude de Smith et al. (2004), l'accessibilité est appréciée à partir du volume de patients traités annuellement par les spécialistes et l'évolution du nombre des admissions (Smith et al., 2004). Dans l'étude de Curtis et al. (2005), l'accessibilité est examinée à partir du temps nécessaire pour rencontrer un professionnel, avoir un examen d'imagerie ou un congé hospitalier. Le temps d'attente pour rencontrer les spécialistes ainsi que le temps d'attente pour les traitements ont également été pris en compte (Curtis et al., 2005). Enfin, dans l'étude de Christianson &amp; Moralejo (2009), l'accessibilité est examinée à partir de la perception des patients sur l'accès téléphonique à la clinique d'hépatite virale, leur perception sur l'accès à l'ensemble des services dont ils ont besoins à la clinique d'hépatite virale (Christianson &amp; Moralejo, 2009).</p>
--

***H1\_a) La planification populationnelle des services contribue à la consolidation d'un réseau intégré de soins.***

Au total 8 études (Alkema et al., 2003; Curtis et al., 2005; Dudgeon et al., 2009; Fleury et al., 2002; Letourneau, 2009; McClure et al., 2010; Plochg et al., 2006; Shortell et al., 2002) ont examiné des modèles de planification populationnelle et leur contribution à la consolidation d'un réseau intégré de soins au niveau régional. Ces études sont basées sur des études de cas visant à analyser des expériences de planification populationnelle au niveau régional.

La conclusion qui se dégage de ces études confirme que la concertation entre les différents acteurs régionaux de soins autour des besoins de la population favorise la consolidation d'un réseau intégré de soins. En effet, la concertation entre les différents acteurs régionaux encourage le développement d'une vision commune, l'amélioration du dialogue entre partenaires et la mise en place de stratégies pour surmonter les obstacles dans l'organisation commune de programme de soins (Alkema et al., 2003; Curtis et al., 2005; McClure et al., 2010). Ces mêmes constats ont été renforcés par les travaux de Shortell et al. (2002) qui rapportent que dans une approche de planification populationnelle, la création d'une compréhension commune des besoins des populations et le partage d'une même vision par les différents partenaires sont des éléments nécessaires pour bâtir un partenariat capable d'assurer les services à la population.

La collaboration entre les différents acteurs locaux de soins a permis de mettre l'accent sur les besoins de santé de leur population et une intégration des services autour de ces besoins (Plochg et al., 2006; Fleury et al., 2002). La concertation autour des besoins de la

population a permis aussi de mettre en place un langage commun et à favoriser l'implantation d'un réseau régional de soins qui comprend des organismes communautaires, des hôpitaux de courte durée et des cliniques externes en cancer pour assurer un continuum intégré de soins palliatifs (Dudgeon et al., 2009). La détermination des besoins des populations locales et régionales, la planification des services de santé ainsi que le développement d'outils nécessaires pour offrir des soins de qualité, appropriés et accessibles a permis avec succès une concertation des établissements de santé et des médecins autour des besoins de la population et la mise en place de différentes stratégies pour supporter une offre régionale de service (Letourneau, 2009).

L'ensemble des 8 études examinées confirme l'hypothèse selon laquelle la planification populationnelle des soins permet la consolidation d'un réseau intégré de soins au niveau régional.

***H1\_b) La planification populationnelle des services contribue à une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population.***

Dix études ont abordé la relation entre la planification populationnelle et l'adéquation des soins (Barrett et al., 2005; Christianson & Moralejo, 2009; Curtis et al., 2005; Fleury et al., 2002; Kwan et al., 2004; Letourneau, 2009; McClure et al., 2010; Monaghan et al., 2005; Smith et al., 2004; Speir et al., 2009). Ces études sont basées sur des études de cas de type descriptif (Fleury et al., 2002; Christianson & Moralejo, 2009; Letourneau, 2009), des études comparatives avec des mesures pré et post-intervention (Curtis et al., 2005; McClure

et al., 2010; Monaghan et al., 2005), des études quasi expérimentales (Barrett et al., 2005; Kwan et al., 2004; Speir et al., 2009) et expérimentales (Smith et al., 2004)

L'ensemble de ces études confirment que la démarche d'identification, par les différents acteurs régionaux, des besoins en santé des populations ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser pour y répondre a permis d'élaborer une planification régionale des soins qui correspondent aux besoins de la population (Fleury et al., 2002), une offre de soins plus adéquate et pertinente (Barrett et al., 2005; Christianson & Moralejo, 2009; Kwan et al., 2004; Letourneau, 2009; Monaghan et al., 2005; Curtis et al., 2005; McClure et al., 2010; Smith et al., 2004; Speir et al., 2009) et qui tient compte des contraintes institutionnelles (Fleury et al., 2002). Ces études supportent alors l'hypothèse selon laquelle la planification populationnelle des services contribue à une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population.

***H2\_a) L'intégration des soins au niveau régional contribue à améliorer le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins.***

Sept études ont abordé les effets de l'intégration des soins sur l'adéquation des soins et services offerts à la population (Christianson & Moralejo, 2009; Curtis et al., 2005; Joyce & Amlani, 2009; Monaghan et al., 2005; Letourneau, 2009; Smith et al., 2004; Speir et al., 2009).

Ces auteurs utilisent différentes méthodologies (essai randomisé, études quasi expérimentales, études de cas) pour examiner la contribution de l'intégration au niveau régional sur l'adéquation des soins. L'article de Christianson & Moralejo (2009) est basé

sur une étude quasi expérimentale qui permet de confirmer que l'intégration régionale des soins est accompagnée d'une augmentation significative de plus de 20% ( $p=0,018$ ) de la proportion de patients ayant rapporté une meilleure adéquation du suivi post-traitement : c'est-à-dire un suivi qui tient compte de leur état de santé et des ressources dont ils disposent. De la même manière, l'évaluation d'un modèle régional d'intégration des soins pour les patients atteints de diabète a montré que dans le groupe expérimental, on observe une baisse significative ( $p=0,008$ ) de 8% de la proportion des patients qui rapportent des services incomplets (qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins exprimés) comparativement au groupe de contrôle où cette proportion a connu un accroissement de 7 % (Smith et al., 2004).

Dans l'une des études (Curtis et al., 2005), on a observé que l'intégration des soins au niveau régional n'a pas apporté un changement sur le taux de mortalité et la justesse dans le choix des antibiotiques dans les cas de pneumonies. Cependant, cette intégration régionale des soins a été accompagnée d'une amélioration de la pertinence des hospitalisations basées sur la sévérité de la maladie. L'étude de Speir (2009) a montré que l'intégration régionale a permis d'identifier les initiatives pertinentes pour améliorer les soins. Par exemple, l'adoption en 2004 de protocoles d'amiodarone a permis à la région de la Virginie de réduire l'incidence de la fibrillation auriculaire de 16,86% en 2004 à 13,75% en 2006 et à 15,16% en 2007 toujours bien au dessous du taux des Etats-Unis estimé à 20%. L'étude montre aussi une diminution des taux de complications post-opératoires et de mortalité à long terme associés aux pontages coronariens. Les patients du groupe expérimental (ayant reçu du Trasyolol) ont un risque d'infarctus moins élevé que les patients du groupe témoin

([OR]: 0,29 vs. OR: 2,70,  $p < 0,010$ ), mais sont plus à risque pour développer une insuffisance rénale nécessitant une dialyse (OR: 1,19 vs. OR: 0.40,  $p < 0,028$ ), et mortalité (OR: 1,51 vs. OR: 0,63,  $p < 0,033$ ).

Dans le cas de l'évaluation du modèle d'intégration régionale des soins pour les patients atteints de maladies cérébro-vasculaires (Joyce & Amlani, 2009), on observe que le processus d'intégration des soins a permis d'améliorer la coordination des soins entre les unités d'hospitalisation et les autres unités à l'intérieur d'un hôpital, assurant ainsi une meilleure adéquation des soins.

Les résultats de l'étude de Monaghan et al. (2005) montrent que le nombre de chirurgies de nodule axillaire cliniquement pertinent a connu un accroissement significatif entre 1996 et 2001 [67% (n=515) en 1996 vs 87% (n=765) en 2001,  $p < 0.001$ ]. De plus, on observe une meilleure adéquation dans le choix des hormonothérapies [en 1996, 6% seulement des patientes ont reçu la thérapie d'hormone appropriée à leur statut de récepteur hormonale comparativement à 81% en 2001,  $p < 0.001$ ] et la communication entre les hôpitaux, les patients et leurs généralistes a également connu une amélioration.

Les résultats des sept études qui ont abordé les effets d'une intégration des soins au niveau régional sur l'adéquation des soins et services offerts à la population (Christianson & Moralejo, 2009; Curtis et al., 2005; Joyce & Amlani, 2009; Monaghan et al., 2005; Letourneau, 2009; Smith et al., 2004; Speir et al., 2009) vont tous dans le même sens à savoir que l'intégration des soins au niveau régional permet une meilleure adéquation des soins.



Six études ont abordé les effets de l'intégration régionale des soins au niveau régional sur le rendement clinique (Barrett et al., 2005; Chandler et al., 1996; Joyce & Amlani, 2009; Kwan et al., 2004; Letourneau, 2009; Smith et al., 2004) avec des méthodologies diverses (étude de cas et essai randomisé).

Les effets observés concernent la mise à la disposition des cliniciens et des gestionnaires, des outils nécessaires pour des soins et services plus efficaces ; et qui encouragent une meilleure utilisation des ressources (Letourneau, 2009); l'accroissement de la capacité des hospitalisations pour les soins aigus et la réduction du temps d'attente pour plusieurs traitements (Joyce & Amlani, 2009); une diminution des admissions et du nombre de jours d'hospitalisation (Barrett et al., 2005) ; une diminution de l'utilisation des services hospitaliers, avec une réduction du taux d'admission (Chandler et al., 1996) et un accroissement du volume de patients traités (Smith et al., 2004). Dans l'étude de Kwan et al. (2004), aucune différence significative n'a été rapportée entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en ce qui concerne l'évolution de la durée moyenne de séjour (groupe expérimental 10 jours versus groupe contrôle 8 jours,  $p=0,65$ ).

Cinq des six études qui ont abordé les effets de l'intégration régionale des soins au niveau régional sur le rendement clinique (Barrett et al., 2005; Chandler et al., 1996; Joyce & Amlani, 2009; Letourneau, 2009; Smith et al., 2004) confirment l'hypothèse que l'intégration des soins au niveau régional permet un meilleur rendement clinique.

***H2\_b) L'intégration des soins au niveau régional contribue à accroître l'accessibilité aux soins.***

Quatre articles ont porté sur les effets de l'intégration régionale des soins sur l'accessibilité aux soins (Christianson & Moralejo, 2009; Curtis et al., 2005; Kwan et al., 2004; Smith et al., 2004). Les stratégies utilisées dans ces articles comprennent un essai randomisé (Kwan et al., 2004; Smith et al., 2004), une étude quasi-expérimentale (Christianson & Moralejo, 2009) et une étude de cas (Curtis et al., 2005).

L'étude de Christianson & Moralejo (2009) a montré que l'implantation d'une intégration régionale des soins d'hépatite virale a permis un accès facile par téléphone aux cliniques d'hépatite virale et, la plupart des patients (77,3%) ont affirmé avoir accès à l'ensemble des services dont ils ont besoin à la clinique. Quant à l'évaluation de Kwan et al., (2004), l'intégration régionale des soins cérébro-vasculaires a permis aux patients du groupe expérimental d'avoir un scan cérébral en 24 heures (OR=1,84 ; CI 1,09-3,10 ; p=0,02) ou en 48h (OR=2,27 ; CI 1,13-4,55 ; p=0,02). Ces patients ont également plus de chance de bénéficier des soins de physiothérapie (OR=2,53, CI 1,58-4,04 ; p=0,0005). Dans l'étude de Curtis et al. (2005), on note que les différents programmes mis en place après la réforme de régionalisation des soins dans la province de Terre-Neuve et Labrador ont permis d'améliorer la qualité des soins, mais l'accessibilité aux services demeure un problème majeur.

Dans l'étude de Smith et al. (2004) il a été observé un accroissement significatif (de 65 à 85%, p<0,0001) du volume de patients traités annuellement par des spécialistes. En

médecine générale, le nombre de patients enregistrés a connu quant à lui, un accroissement de 120% en un an.

Les quatre articles examinés (Christianson & Moralejo, 2009; Curtis et al., 2005; Kwan et al., 2004; Smith et al., 2004) confirment l'hypothèse que l'intégration régionale des soins permet d'améliorer l'accessibilité aux soins.

### ***Discussion***

La limite des conclusions sur les différentes hypothèses examinées dans cette revue systématique est principalement liée aux approches méthodologiques des études que nous avons examinées. En effet, la plupart des études examinées ne sont pas des études randomisées. Elles sont donc plus sujettes à des biais et des facteurs de confusion qui réduisent la validité des résultats. Cependant, le fait que les études recensées présentent des études de cas ou quasi-expérimentales reste congruent avec la nature de l'objet de recherche. Dans les articles basés sur les études quasi expérimentales (Chandler et al., 1996; Kwan et al., 2004; McClure et al., 2010; Smith et al., 2004; Speir et al., 2009; Sulch et al., 2000), les auteurs n'ont pas discuté de la représentativité de la population à l'étude par rapport à la population générale. Quant aux études de cas, la validité externe repose sur le principe d'explicabilité c'est-à-dire la solidité des concepts et des théories mobilisées pour formuler les hypothèses ou pour interpréter les phénomènes observés. Dans les études de cas examinées, les auteurs présentent une description de l'intervention à l'étude ce qui permet de comprendre la démarche et la logique des interventions. Cependant, dans certaines des études (Monaghan et al., 2005; Joyce et al., 2009; Christianson & Moralejo, 2009) les différentes mesures proviennent de la perception des patients, ce qui pourrait

constituer une limite à la robustesse des conclusions parce que, une mauvaise opinion générale de l'expérience des soins peut influencer la perception des patients sur les aspects spécifiques à mesurer dans l'étude, constituant ainsi une limite de la validité de mesure.

Malgré ces limites, cette revue intégrative permet d'apporter une contribution significative à la réflexion sur la responsabilité populationnelle. Les différentes études examinées soutiennent les différentes hypothèses à savoir que la planification populationnelle des services contribue à la consolidation d'un réseau intégré de soins et à une meilleure adéquation des soins et services offerts à la population. Mais aussi que l'intégration des soins au niveau régional contribue à améliorer le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins et à accroître l'accessibilité aux soins. Le modèle de la PRSA, qui met de l'avant une approche populationnelle, une approche de réseau intégré de soins et une approche de case management permet une planification des services qui tiennent compte des besoins de la population et assure la consolidation d'un réseau intégré de soins capable d'améliorer le rendement clinique, l'adéquation et la globalité des soins et accroître l'accessibilité aux soins. Ce faisant, la PRSA constitue un modèle qui permettrait d'assurer une responsabilité populationnelle c'est-à-dire de déployer et de coordonner les services de santé et services sociaux en réponse aux besoins de la population d'un territoire donné.

La mise en œuvre d'un modèle de l'ampleur de la PRSA, qui réunit l'ensemble des fournisseurs de soins et services d'un territoire donné reste le principal défi pour assurer l'atteinte des résultats.

### ***Conclusion***

La tendance actuelle dans la gestion des systèmes de santé est une organisation des soins en réseau intégré qui comprend l'ensemble des fournisseurs de services d'un territoire donné. Ce réseau définit, avec ses partenaires, les services de base pour assurer les soins aux populations de son territoire. Elle serait aussi responsable du développement des réseaux intégrés de soins pour des clientèles spécifiques afin d'instaurer une solidarité collective de l'ensemble des partenaires du territoire dans l'organisation et la planification de l'offre de soins et services aux populations. Cette responsabilisation de l'ensemble des acteurs d'un territoire donné nécessite une pratique partenariale à définir avec les différents acteurs du territoire pour favoriser la mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et régler des dimensions complexes de la santé et du bien-être de la population. Par ailleurs, l'introduction de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des soins de plus en plus présente dans les réformes des systèmes de santé implique de la part des réseaux de la santé de garantir un accès à une large gamme de service à une population dont il assure la responsabilité. Cela implique donc que les offres de chacune des constituantes du réseau seront intégrées à celles des autres constituantes pour créer une offre de service cohérente et continue qui correspond aux besoins de la population du territoire desservie par le réseau.

## *Références*

- Alkema, G. E., Shannon, G. R. & Wilber, K. H. (2003). Using interagency collaboration to serve older adults with chronic care needs: the Care Advocate Program. *Family & Community Health, 26*(3), 221-229.
- Barrett, B., Way, C., McDonald, J. & Parfrey, P. (2005). Hospital utilization, efficiency and access to care during and shortly after restructuring acute care in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services & Research Policy, 10*(Suppl 2), 31-37.
- Beer, M. & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review, 78*(3), 133-141.
- Billay, D. & Myrick, F. (2008). Preceptorship: an integrative review of the literature. *Nurse Educ Pract, 8*(4), 258-266.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelles et organisationnelles. *Revue Pratique et Organisation des Soins, 39*(4), 113-124
- Chandler, D., Meisel, J., McGowen, M., Mintz, J. & Madison, K. (1996). Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric Services, 47*(2), 175-180.
- Christianson, T. M. & Moralejo, D. (2009). Assessing the quality of care in a regional integrated viral hepatitis clinic in British Columbia: a cross-sectional study. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 32*(5), 315-324.
- Curtis, B., Gregory, D., Parfrey, P., Kent, G., Jelinski, S., Kraft, S., O'Reilly, D. & Barrett, B. (2005). Quality of medical care during and shortly after acute care restructuring in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services & Research Policy, 10* (Suppl 2), 38-47.
- Dudgeon, D. J., Knott, C., Chapman, C., Coulson, K., Jeffery, E., Preston, S., Eichholz, M., Van Dijk, J. P. & Smith, A. (2009). Development, Implementation, and Process Evaluation of a Regional Palliative Care Quality Improvement Project. *Journal of Pain and Symptom Management, 38*(4), 483-495.
- Evans, D. & Pearson, A. (2001). Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 593-599.

- Fleury, M. J., Mercier, C. & Denis, J.-L. (2002). Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network. *International Journal of Health Planning & Management*, 17(4), 315-332.
- Frohlich, K. L. & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Gadreau, M., & Jaffre, D. (1998). *Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des "besoins hospitaliers" en Bourgogne. 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé : Allocation des ressources et géographie des soins.*
- Hawe, P. (2009). The social determinants of health: How can a radical agenda be mainstreamed? *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 291-293.
- Hawe, P. & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), Suppl I8-I14.
- Joyce, A. & Amlani, S. (2009). Integrated stroke care across a province--is it possible? *Healthcare Quarterly*, 13 (Spec No), 80-84.
- Kindig, D. & Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383.
- Kwan, J., Hand, P., Dennis, M. & Sandercock, P. (2004). Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit. *Age and Ageing*, 33(4), 362-367.
- Letourneau, S. (2009). Health Link Alberta: a model for successful health service integration. *Healthcare Quarterly*, 13 (Spec No), 56-60.
- McClure, R., Hughes, K., Ren, C., McKenzie, K., Dietrich, U., Vardon, P., Davis, E. & Newman, B. (2010). The population approach to falls injury prevention in older people: findings of a two community trial. *BMC Public Health*, 10(1), 79.
- Monaghan, P., Murray, L., Donnelly, M., McCarron, P., Spence, R. & Gavin, A. (2005). Breast cancer services--a population-based study of service reorganization. *Journal of Public Health*, 27(2), 171-175.
- Plochg, T., Delnoij, D. M. J., Hoogedoorn, N. P. C. & Klazinga, N. S. (2006). Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Services Research*, 6(37), 1-14.

- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B. Y., Casey, E. & Margolin, F. S. (2002). Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 27(1), 49-91.
- Smith, S., Bury, G., O'Leary, M., Shannon, W., Tynan, A., Staines, A. & Thompson, C. (2004). The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Family Practice*, 21(1), 39-45.
- Speir, A. M., Rich, J. B., Crosby, I. & Fonner, E. (2009). Regional collaboration as a model for fostering accountability and transforming health care. *Seminars in Thoracic & Cardiovascular Surgery*, 21(1), 12-19.
- Sulch, D., Perez, I., Melbourn, A. & Kalra, L. (2000). Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 31(8), 1929-1934.
- Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research. *Nursing Research*, 54(1), 56-62.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing Management*, 52, 546-553.



## CHAPITRE 6 : Article 2

Titre : Analyse des effets d'un modèle d'intégration régionale des soins basé sur une approche populationnelle

**(Soumis à la revue canadienne de santé publique)**

### *Introduction*

Les systèmes de santé sont en perpétuelle réorganisation pour être en mesure de satisfaire convenablement les besoins de leur population. Les différentes réformes mises en place n'ont pas toujours donné les résultats escomptés. Toutefois, les leçons tirées de ces expériences permettent d'alimenter de nouvelles initiatives et solidifier les acquis. Ces leçons inspirent aussi d'autres milieux dans le processus de planification et de mise en place de réformes. C'est ce raisonnement qui justifie cet article dont l'objectif est de mettre en évidence les résultats relatant l'efficacité populationnelle de la programmation régionale des services ambulatoires (PRSA) en termes de diminution de la durée moyenne de séjour et d'accroissement de la rétention régionale.

En 1995, la région sanitaire de Laval a entrepris un vaste programme régional de réorganisation de son offre de services en matière de soins de santé. La programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) qui en a découlé poursuit des objectifs de qualité, de continuité et de coordination des soins par une approche qui se veut globale et efficiente.

La région de Laval est l'une des 18 régions sanitaires au Québec. Elle est située dans la banlieue de Montréal et constitue la septième région sociosanitaire la plus peuplée du

Québec avec une population estimée en 2008 à 384 224 habitants<sup>3</sup>. Les services de santé offerts dans la région de Laval sont organisés de manière à satisfaire aux besoins de la population ou des groupes de personnes aux prises avec un problème de santé particulier

La PRSA est une programmation qui prévoit 1) une planification populationnelle basée sur une analyse des habitudes de consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et élaborer une offre de services plus adaptés; 2) une intégration des soins au niveau régional pour renforcer et consolider les efforts de coopération entre les différents prestataires de soins de la région et accroître ainsi le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins; et 3) un recours au virage ambulatoire pour diminuer la durée moyenne de séjour et accroître le volume des épisodes traités et contribuer ainsi à accroître l'accessibilité aux soins.

Selon le modèle, une planification populationnelle caractérisée par l'évaluation des besoins et la priorisation des actions devrait permettre une programmation capable d'offrir des soins et services plus adaptés aux besoins de la population. Cette planification populationnelle permet également de faciliter la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles pour consolider le réseau intégré de soins. C'est cette intégration qui devrait permettre un meilleur rendement clinique et par conséquent une meilleure efficacité globale, une meilleure globalité des soins et une meilleure compatibilité des soins (Alter & Hage, 1993) c'est-à-dire des soins plus justes (appropriés et pertinents) et continus. La

---

<sup>3</sup> Institut de la statistique du Québec (ISQ). Données démographiques régionales, Laval, 2006-2008, Mise à jour du 14 avril 2009

compatibilité des soins sera également renforcée par la démarche de planification populationnelle grâce à l'élaboration d'une offre régionale de soins et services adaptés aux besoins de la population. Les effets combinés de la compatibilité des soins, de la globalité et de l'amélioration du rendement clinique permettront d'améliorer l'accessibilité, d'augmenter la rétention régionale et ultimement d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Enfin, l'intégration clinique contribue à renforcer la stratégie de virage ambulatoire, ce qui devrait permettre de réduire la durée moyenne de séjour et augmenter le volume des épisodes traités contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité et à l'objectif d'augmentation de la rétention régionale.

Au total, la PRSA ciblait 13 programmes regroupant au total 88 mesures. Le déploiement de ces mesures visait une diminution des durées moyennes de séjour et une augmentation de la capacité de la région de Laval à répondre aux besoins en soins et services de courte durée. Deux hypothèses sont formulées à cet effet à savoir :

$H_1$  : La PRSA devrait permettre une diminution de la durée de séjour pour les clientèles ciblées par les mesures implantées.

$H_2$  : La PRSA devrait permettre une augmentation de la rétention régionale de Laval (proportion des patients de Laval qui sont hospitalisés à Laval) pour les clientèles ciblées par les mesures implantées.

Dans cet article, nous examinons à partir de quelques-unes des mesures implantées, les effets de la PRSA sur l'évolution de la durée de séjour et la rétention régionale pour la population de Laval.

### **Le choix de mesures**

Afin d'observer les changements que la PRSA a entraînés sur l'utilisation des services hospitaliers, nous avons ciblé quatre des treize programmes de la PRSA à savoir, les programmes du système cardiovasculaire, du système respiratoire, de gériatrie et d'oncologie. L'implantation de la PRSA a commencé par ces programmes, ce qui justifie notre choix. À l'intérieur de ces programmes, nous avons retenu cinq mesures qui ciblent six diagnostics à savoir les maladies coronariennes, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, l'embolie pulmonaire, la démence et le cancer du sein.

Les mesures retenues sont celles dont le déploiement est intervenu très tôt dans l'implantation de la PRSA et qui présentent une volumétrie élevée permettant de présumer de l'utilisation des services. Parmi celles-ci, nous avons choisi celles dont le niveau de mise en œuvre a été jugé très satisfaisant suite à l'analyse d'implantation réalisée en 2002 par les autorités de la région de Laval (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002).

#### a- Système cardiovasculaire

Le programme cardiovasculaire comprend 12 mesures qui couvrent différentes pathologies liées au système cardiovasculaire. Parmi ces 12 mesures, quatre étaient implantées au moment de l'analyse de l'implantation en 2001 (Champagne et al., 2001). Il s'agit de l'intensification du programme de réadaptation des coronariens (SCV-6), l'intensification du suivi hospitalier des coronariens (SCV-7), le suivi systématique de l'épisode de soins

des insuffisants cardiaques (SCV-8) et l'implantation d'électrostimulateurs cardiaques (SCV-10).

De ces quatre mesures, nous avons retenu la mesure SCV-7 (intensification du suivi hospitalier des coronariens). Cette mesure a été implantée en 2000 et cible les patients avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde ou d'angine instable. Elle vise à offrir à ces patients un suivi systématique. En effet, la prise en charge efficace des maladies chroniques en général et des maladies coronariennes en particulier exige des soins de santé qui, fragmentés et épisodiques, doivent évoluer en un système préventif qui met l'accent sur la santé tout au long de la vie. La mesure SCV-7 met l'accent sur une approche globale et multidimensionnelle des soins ; la promotion de la santé ; une approche préventive et enfin une approche intégrée dans la gestion des soins. L'approche globale et multidimensionnelle des soins consiste, non seulement en la prise en compte des nombreuses interactions entre les facteurs physiques, psychologiques et sociaux, mais aussi sur l'importance de l'environnement dans lequel vivent les patients coronariens. Étant donné que les modalités de prise en charge peuvent différer selon les besoins particuliers de certaines clientèles spécifiques, cette approche est flexible et permet une meilleure adaptation par rapport aux particularités de chaque patient.

La mesure d'intensification du suivi hospitalier des coronariens (SCV-7) est axée sur la capitalisation des ressources communautaires pour appuyer les efforts cliniques dans la prise en charge des maladies coronariennes. En établissant des liens avec les ressources de la communauté, cette mesure permet d'améliorer la prise en charge des maladies

coronariennes. Les ressources communautaires qui interviennent dans cette mesure sont orientées vers le renforcement des capacités des patients à gérer leurs maladies. En effet, les ressources communautaires interviennent pour offrir des activités d'entraînement physique, des enseignements sur les différents facteurs de risque et des rencontres individualisées. Ces trois groupes d'activités visent à accroître l'autogestion, l'autonomie, encourager les bonnes habitudes de vie des patients et retarder l'évolution de la maladie.

La promotion et le soutien de l'autonomie de la personne sont au cœur de la prise en charge des maladies coronariennes. Pour ce faire, les outils d'évaluation et de réadaptation fonctionnelle s'avèrent essentiels ainsi que toutes les interventions éducatives et participatives qui mettent l'accent sur la prise en charge des patients coronariens. L'approche préventive dans la mesure SCV-7 prévoit des interventions précoces permettant un dépistage rapide des personnes susceptibles de développer des maladies coronariennes. Pour les personnes ayant déjà des maladies coronariennes, des interventions sont prévues pour éviter la dégradation et les situations de crise. Enfin, la gestion intégrée fait référence à une dynamique systémique et se caractérise par la mise en commun des éléments d'un système dans le but d'obtenir des résultats que chacun des éléments ne peut fournir par lui-même. Le processus de prise en charge de la clientèle coronarienne suit le schéma suivant : l'évaluation des besoins, la planification (élaboration du plan de soins et de services individualisés), l'organisation et la coordination, le suivi et la réévaluation (évaluation de l'efficacité du plan de soins et de services), et le transfert vers des ressources ambulatoires. Toutes ces étapes de la prise en charge sont sous la responsabilité d'une l'équipe multidisciplinaire. La mesure SCV-7 vise à organiser et dispenser l'essentiel des services

hospitaliers, faire un suivi du patient dans l'ensemble du système, faire une gestion de cas avec intervention rapide, et mobiliser rapidement les ressources communautaires. En somme, la mesure SCV-7 vise une meilleure organisation et coordination de l'ensemble des services pour les patients coronariens. Elle met de l'avant l'intégration des services aux patients coronariens, l'intégration du travail des dispensateurs de soins et l'intégration des services fournis par les organisations partenaires. L'appui des ressources de la communauté permet d'améliorer le processus de prise en charge des maladies chroniques. Les ressources de la communauté peuvent inclure le support social, les ressources familiales, etc. L'un des éléments fondamentaux de la mesure SCV-7 est l'importance du rôle du patient dans la gestion de la maladie. En effet, la mesure SCV-7 prévoit non seulement un certain nombre de ressources éducatives pour augmenter les connaissances, la confiance et les aptitudes du patient dans la prise en charge de sa maladie, mais aussi des dispositifs pour faciliter les modifications de comportements souhaitées.

b-      Système respiratoire

Le programme respiratoire de la PRSA comprend au total 8 mesures dont l'enseignement pour la clientèle asthmatique (SRE-1), le dépistage et la thérapie des anomalies respiratoires nocturnes (SRE-2), le suivi systématique post-hospitalier pour la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives (SRE-3), le suivi ambulatoire des pneumonies (SRE-4), l'anticoagulothérapie (SRE-5), la réadaptation intensive pour la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives (SRE-6), la clinique ambulatoire spécialisée en soins aigus (SRE7) et, la création d'un service respiratoire régional (SRE-8).

Parmi ces huit mesures que comprend le programme du système respiratoire, quatre étaient implantées au moment de l'évaluation en 2001 (Champagne, et al., 2001). Il s'agit de l'enseignement pour la clientèle asthmatique (SRE-1), le dépistage et la thérapie des anomalies respiratoires nocturnes (SRE-2), le suivi systématique post-hospitalier pour la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives (SRE-3), et la création d'un service respiratoire régional (SRE-8). De ces quatre mesures, nous avons retenu la SRE-8 (création d'un service respiratoire régional) qui regroupe un ensemble de services ambulatoires en santé respiratoire pour la clientèle adulte. Elle comprend par exemple des services externes de consultation sans délai (clinique d'asthme, clinique de soins aigus post-hospitalier), des programmes structurés d'enseignement pour asthmatiques et maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et des services d'inhalothérapie à domicile ou en externe pour MPOC. Cette mesure a été implantée en 1999. Les diagnostics ciblés sont les MPOC, l'asthme et les maladies thromboemboliques.

La création du service respiratoire régional (mesure SRE-8) repose sur des protocoles qui permettent un suivi systématique pour les maladies respiratoires de l'hospitalisation jusqu'à une réadaptation intensive à domicile. En clair, le service respiratoire régional est un programme intégré et interdisciplinaire offrant des services de réadaptation hospitaliers, ambulatoires et à domicile. Il existe un système d'information informatisé inter-établissements permettant d'accélérer la transmission des informations relatives au patient et de centraliser les décisions inhérentes au traitement et à la prise en charge. De plus, il est prévu dans la PRSA de fournir systématiquement à certains patients (choisis en fonction de leur autonomie et de leurs besoins) des services d'auxiliaire familiale, de même que des



services de diététiste, travailleur social ou ergothérapeute dispensés par le centre local de services communautaires (CLSC) de leur territoire; la décision de fournir ces services se fait avant le départ du patient de la Cité de la Santé où il est hospitalisé. En outre, en dehors de la période de suivi systématique, le patient peut recourir en tout temps, à un service de garde qui dispose de son dossier complet. Par le biais d'enseignements divers et d'un programme d'exercices adaptés, le programme vise à accroître l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des patients souffrant de MPOC, d'asthme ou d'embolie pulmonaire. De plus, l'équipe interdisciplinaire accorde une importance particulière dans l'utilisation des plus récentes techniques de réadaptation pulmonaire. L'intensité des activités de réadaptation varie selon la condition du patient et donc sa capacité à supporter ces activités.

#### c- Gériatrie

Le programme de la gériatrie comprend quatre mesures. Ces mesures sont : les soins et services à domicile (GER-1), les soins pharmaceutiques pour clients avec démence (GER2), les services ambulatoires de psycho-gériatrie (GER-3) et le développement des activités de la clinique de la mémoire (GER-4). Parmi celles-ci, trois étaient implantées au moment de l'évaluation en 2001 à savoir l'organisation des soins et services à domicile (GER-1), l'augmentation de services ambulatoires de psycho-gériatrie (GER-3) et le développement des activités de la clinique de la mémoire (GER-4). De ces trois, nous avons retenu les mesures GER-3 (augmentation des services ambulatoires de psycho gériatrie) et GER-4 (développement des activités de la clinique de mémoire). Ces deux mesures ont été regroupées dans leur mise en œuvre pour augmenter le plus rapidement

possible l'accessibilité à tous les services gériatriques d'évaluation/diagnostic, de traitement et de réadaptation sur un mode ambulatoire, permettre aux Lavallois qui correspondent au profil de la clientèle ciblée de recevoir des services ambulatoires spécialisés dans leur région et de limiter le séjour en milieu hospitalier. Ces deux mesures ont été implantées en 1999 et ciblent les personnes dont le diagnostic est en rapport avec une démence, peu importe les stades de la maladie.

La programmation de ces mesures a été axée principalement sur la mise en place d'un suivi systématique régional pour la clientèle atteinte de démence, allant de la détection des cas au traitement et au suivi systématique. Cela implique le développement de plusieurs catégories de services dans la communauté aux personnes âgées, par exemple les soins pharmaceutiques, des mesures de gardiennage et de répit, ainsi que des soins et des services à domicile. Ce suivi mise également sur une coordination étroite entre le centre hospitalier et les ressources de première ligne, et ce, dès le début de l'hospitalisation, ainsi que la disponibilité des services d'hébergement adaptés, pour un transfert rapide et systématique des patients pour qui le retour à domicile n'est pas envisageable à la fin d'un traitement aigu. Ces mesures prévoient aussi la mise en place d'un système de contrôle de la qualité dans les ressources privées de la région.

#### d- Oncologie

Le programme en oncologie comprend six mesures. Il s'agit du suivi systématique de l'épisode chirurgical du cancer du sein (ONC-1), la systématisation des activités multidisciplinaires en soins palliatifs à domicile (ONC-2), la création d'un centre régional

de lutte contre le cancer (ONC-3), la chimiothérapie en perfusion continue à domicile (ONC-4), le registre prospectif des tumeurs (ONC-5) et le suivi systématique de l'épisode chirurgical dans le cancer de la prostate (ONC-6). Au moment de l'analyse d'implantation en 2001, deux mesures seulement étaient implantées : le suivi systématique de l'épisode chirurgical du cancer du sein (ONC-1) et la systématisation des activités multidisciplinaires en soins palliatifs à domicile (ONC-2). Nous avons retenu la mesure ONC-1 : suivi systématique de l'épisode chirurgical du cancer du sein. Cette mesure a été implantée en 1999 et s'adresse aux patientes ayant été hospitalisées suite à un diagnostic de cancer du sein. À travers cette mesure, la PRSA veut réduire la durée moyenne de séjour, augmenter la rétention chirurgicale et offrir un suivi systématique postopératoire.

La mesure ONC-1 implantée à Laval offre aux femmes un suivi pour la phase pré-hospitalière, per-hospitalière et post-hospitalière selon les différents types de chirurgie pour le cancer du sein. Cette mesure consiste principalement à systématiser le suivi postopératoire afin d'assurer la continuité des soins à domicile, d'homogénéiser ceux-ci, de réduire la durée moyenne de séjour, de diminuer le nombre de visites à l'urgence pour les soins de la plaie ou de blocage du système de drainage et, de façon générale, améliorer la qualité de vie des femmes opérées pour le cancer du sein.

Les services de chirurgie postopératoire pour les femmes avec un cancer du sein visent à diminuer les effets du cancer et des traitements tels que la fatigue, la réduction de la force, de la mobilité et de la fonction respiratoire. De plus, les interventions thérapeutiques aident la personne à regagner le plus possible son autonomie fonctionnelle par l'utilisation de stratégies compensatoires, d'aides techniques et de ressources communautaires. Les

services offerts s'inscrivent dans le cadre d'une programmation spécialisée, tant au niveau des services hospitaliers que des services ambulatoires. Les interventions tiennent compte de la globalité de la personne sur les plans biologique, psychologique, familial et social. La réadaptation intensive pour les patientes hospitalisées s'adresse spécifiquement aux femmes en perte d'autonomie suite à une hospitalisation et qui ne peuvent retourner à domicile de façon sécuritaire. L'intensité, la durée et le choix des activités thérapeutiques sont adaptés en fonction des besoins particuliers de la personne atteinte de cancer. Au niveau ambulatoire, un programme de réadaptation est offert aux femmes dont les capacités physiques leur permettent de se déplacer pour participer aux traitements. Lorsqu'une personne reçoit son congé de la réadaptation en milieu hospitalier, tout est mis en œuvre pour favoriser la continuité des soins avec le volet externe du programme de réadaptation et les ressources de la communauté.

### *Méthodes*

La stratégie de recherche retenue est la quasi-expérimentation avec un devis de type pré-test, post-test avec groupes témoins non équivalents. Les données couvrent la période de 1996 à 2006. Trois phases ( $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ ) ont été identifiées et correspondent respectivement à la phase avant l'implantation de la mesure, la phase de l'implantation et la phase post-suspension. Les phases  $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$  varient selon les mesures retenues et sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1: Les différentes périodes d'analyse de l'évolution de la durée moyenne de séjour et de la rétention régionale associée aux mesures identifiées

<b>Mesures ciblées</b>	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>T<sub>2</sub></b>
L'intensification du suivi hospitalier des coronariens (SCV7)	1996-2000	2001-2003	2004-2006
La création du service respiratoire régional (SRE8)	1996-1999	2000-2003	2004-2006
Le développement de la clinique de mémoire (GER3) et augmentation des services ambulatoires de psycho gériatrie (GER4)	1996-1999	2000-2004	2005-2006
Le suivi systématique de l'épisode chirurgical dans le cancer du sein (ONC1)	1996-1999	2000-2003	2004-2006

Le groupe expérimental est composé des patients du territoire de Laval ciblés par chacune des mesures retenues. Les groupes témoins sont constitués des patients ayant eu le même diagnostic mais provenant des régions de Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Ces trois régions ont été choisies pour leur profil sociodémographique comparable au groupe expérimental et le fait que le groupe expérimental et les groupes témoins soient tous situés en périphérie de Montréal.

#### **Les variables à l'étude et sources des données**

Les variables à l'étude sont la durée moyenne de séjour et la rétention régionale associées aux diagnostics ciblés.

La durée moyenne de séjour (DMS) est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapportée au nombre de séjours (pour cette pathologie).

La rétention régionale indique dans quelle mesure les résidants d'une région donnée utilisent les services de santé dans leur propre région. Deux valeurs sont nécessaires à la détermination de la rétention régionale. Il s'agit 1) au numérateur, du nombre de patients ayant été hospitalisés dans leur région (pour une pathologie donnée) et 2) au dénominateur, du nombre de patients de ladite région ayant été hospitalisés dans un établissement de santé du Québec (pour cette pathologie).

Les données proviennent du système MEDECHO. Il s'agit d'une base de données informatisée contenant les éléments qui constituent l'ensemble des diagnostics et des traitements reçus par un bénéficiaire au cours d'un épisode d'hospitalisation. Elle renferme des données démographiques, l'information relative aux admissions/congés, le principal diagnostic, les actes médicaux exécutés, les transferts d'établissements, etc. Elle contient donc des données médico-hospitalières et cliniques qui portent sur les patients hospitalisés dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés.

L'utilisation secondaire de ces données administratives fournit l'ensemble des renseignements nécessaires sur les hospitalisations qui permettront de déterminer les durées moyennes de séjour et les taux de rétention régionale. Par contre, il est difficile de présumer que les régions de comparaisons n'aient pas également mis en place des mesures spécifiques pour répondre aux besoins de leurs clientèles et réduire leur durée de séjour. L'examen des rapports annuels des agences de la santé et des services sociaux de chacune de ses régions a permis d'apporter une explication à cet effet.

Le tableau 2 présente les diagnostics que nous avons ciblés ainsi que les codes DRG correspondants dans MEDECHO.

Tableau 2: Les diagnostics ciblés et les codes DRG correspondants

<b>Diagnostics ciblés</b>	<b>Codes DRG correspondants</b>
Infarctus aigu du myocarde	DRG# 121
MPOC	DRG# 88
Embolie pulmonaire	DRG# 78
Démence	DRG# 430
Cancer du sein	DRG# 274
Asthme	DRG# 96

### *Analyse des données*

L'analyse des données a été faite en deux étapes :

Dans un premier temps, nous présentons les courbes d'évolution (durée moyenne de séjour et rétention régionale) pour chacun des diagnostics ciblés (maladies coronariennes, MPOC, asthme, embolie pulmonaire, démence et cancer du sein).

Par la suite, deux séries d'analyse de variances ont été réalisées : l'une inter-groupe et l'autre intra-groupe. L'analyse de variance inter-groupe vise à examiner pour chacune des phases ( $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ ), les différences observées entre les régions. Quant à l'analyse de variance intra-groupe, elle vise à examiner pour chaque région, les différences entre les phases  $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ .

Pour chacune des analyses de variance le test F de Scheffé a été utilisé pour déterminer les régions (ou les périodes) pour lesquelles des différences sont observées. Le seuil de significativité des tests est fixé à 0,05. Les différentes analyses ont été faites à partir de STATA.

### **La démarche d'appréciation des effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour ou la rétention régionale**

La démonstration de la plausibilité des effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et sur la rétention régionale est basée sur l'argumentation suivante :

Cas 1 : on observe une diminution de la DMS (ou une augmentation de la rétention régionale) entre  $T_0$  et  $T_1$ , ce qui témoigne d'un effet immédiat de la mesure implantée. Dans ce cas, l'évolution entre  $T_1$  et  $T_2$  permet de qualifier l'effet observé entre  $T_0$  et  $T_1$ ; c'est-à-dire s'il s'agit d'effet qui reste stable, qui s'accroît ou qui diminue.

Cas 2 : on n'observe pas de diminution de la DMS (ou une augmentation de la rétention régionale) entre  $T_0$  et  $T_1$ . Par contre entre  $T_0$  et  $T_2$  ou entre  $T_1$  et  $T_2$ , on observe une diminution de la DMS (ou une augmentation de la rétention régionale). Dans ce cas, l'effet attendu suite à l'implantation de la mesure semble se produire avec un retard qui serait dû au délai plus ou moins long pour que les effets attendus soit observables ou à une lenteur dans l'implantation de la mesure.

Toutefois, dans chacun de ses deux cas, il faut que la diminution de la durée moyenne de séjour (ou l'augmentation de la rétention) soit plus importante à Laval que dans les régions de comparaison sauf s'il y a une explication qui permet de croire en l'existence de mesures qui permettraient également à ces régions de comparaison de produire aussi des effets importants. Ainsi, lorsque les effets attendus à Laval se produisent également dans l'une



des régions de comparaison, et ce, de façon plus importante, l'analyse des rapports annuels de gestion de ces régions est faite pour documenter les mesures mises en place qui permettraient de produire de tels effets.

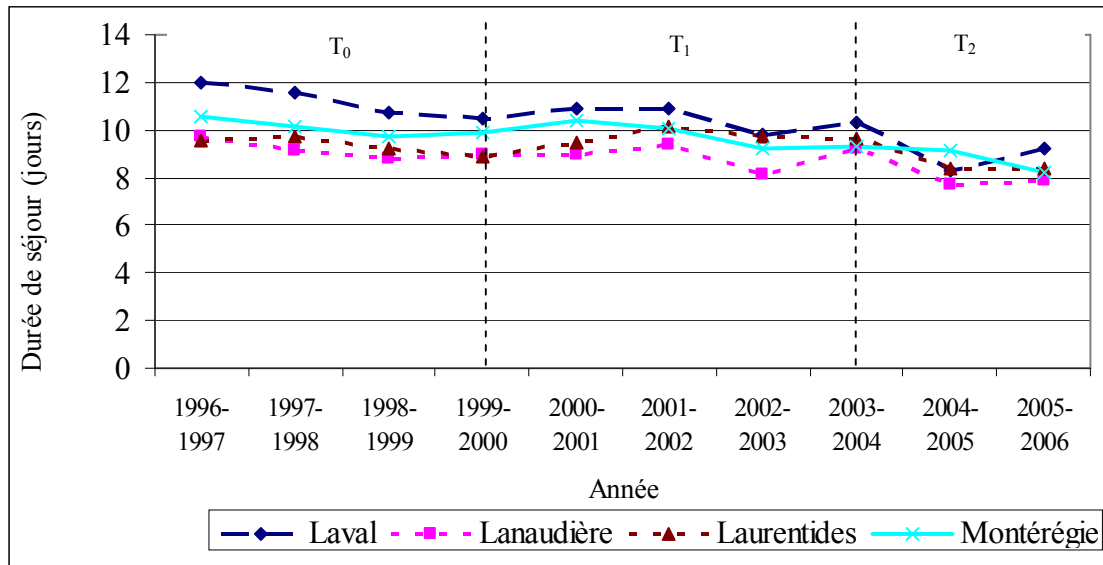
### ***Résultats***

#### **1- L'évolution de la durée moyenne de séjour**

##### **Durée moyenne de séjour pour les maladies coronariennes**

Pendant la phase  $T_0$  (1996-2000), on observe, dans l'ensemble des régions, une tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour pour les maladies coronariennes. Dans la phase de l'implantation ( $T_1$ ), on observe une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) dans l'ensemble des régions jusqu'en 2001-2002. Cette augmentation est suivie d'une diminution de la DMS qui se poursuit plus ou moins dans les premières années de la phase  $T_2$ . À partir de 2003-2004, on observe une diminution de la durée moyenne de séjour à Laval, mais également dans Lanaudière et les Laurentides. Toutefois, la DMS amorce un accroissement à Laval à partir de 2004-2005, ce qui n'est pas le cas des régions de comparaison (Figure 1)

Figure 1: Évolution de la durée moyenne de séjour pour maladies coronariennes



L'analyse des variances intra-groupe (Tableau 3) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , c'est seulement dans la région de la Montérégie qu'on observe une diminution significative de la DMS. Cette diminution observée dans la région de la Montérégie pourrait s'expliquer par le fait que des initiatives ont également été mises en place pour une meilleure gestion des maladies cardiovasculaires. En effet, dans la région de la Montérégie, un groupe de travail a adopté dès 2001 un continuum d'intervention pour une meilleure gestion des maladies cardiovasculaires de la région. Ce continuum vise des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. Les activités implantées dans la région de la Montérégie sont orientées vers la clarification de la hiérarchisation des services afin d'utiliser les ressources médicales de façon optimale. On note également l'application de guides de pratique de traitement, la mise en place de mesures d'accessibilité rapide aux

services spécialisés et les mécanismes de référence pour faciliter la prise en charge rapide et le suivi des patients atteints ou à risque de maladies cardiovasculaires.

Des activités de soutien ont également été prévues et structurées autour de différents programmes d'enseignement et de réadaptation cardiaque par une équipe interdisciplinaire et un intervenant-pivot avec une approche clinique favorisant l'autonomie du patient, en lien avec le médecin de famille.

Entre  $T_1$  et  $T_2$ , l'analyse des variances intra-groupe (Tableau 3) montre une diminution significative de la DMS à Laval ( $p=0,02$ ), dans Lanaudière ( $p=0,00$ ), dans les Laurentides ( $p=0,00$ ) et en Montérégie ( $p=0,00$ ). Il en est de même entre  $T_0$  et  $T_2$  avec une probabilité  $p=0,00$  pour chacune des régions. Mais, cette diminution est plus prononcée à Laval que dans les autres régions. Quant à l'analyse des variances inter-groupe (tableau 4), elle confirme que, dans la phase  $T_0$ , la DMS à Laval est significativement plus élevée que celle des régions de Lanaudière ( $p=0,00$ ), Laurentides ( $p=0,00$ ) et Montérégie ( $p=0,00$ ). Dans la phase  $T_1$ , la DMS observée à Laval est significativement plus élevée que celle de Lanaudière ( $p=0,00$ ); mais ne présente aucune différence significative par rapport à celles observée dans les Laurentides et la Montérégie. Par contre dans la phase  $T_2$ , aucune différence significative n'est observée pour la DMS entre Laval et les régions de comparaison.

En conclusion, la figure 1 montre en général une diminution de la DMS des maladies coronariennes différentes phases  $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$  pour chacune des régions. Mais, la différence entre  $T_0$  et  $T_1$  n'est pas significative. Par contre, l'évolution de la DMS permet d'observer une différence significative entre  $T_1$  et  $T_2$  de même que entre  $T_0$  et  $T_2$  à Laval et dans les

régions de comparaison. L'effet de la mesure SCV-7 pourrait être survenu après la phase d'implantation ( $T_1$ ).

**Tableau 3:** Différences des DMS entre les phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub> pour chacune des régions et les tests F associés : analyse de variance intra-groupes

Phase de comparaison	Régions			
	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montréal
<b>Maladies coronariennes</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-0,80 (0,15)	-0,23 (0,73)	0,47(0,07)	-0,62 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-1,59 (0,02)	-1,15 (0,01)	-1,43 (0,00)	-0,84 (0,00)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-2,39 (0,00)	-1,38 (0,00)	-0,96 (0,00)	-1,46 (0,00)
<b>MPOC</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-0,82 (0,13)	-0,38 (0,41)	-0,49 (0,09)	0,39 (0,06)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-0,48 (0,65)	-0,16 (0,92)	0,10 (0,94)	0,19 (0,66)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-1,30 (0,04)	-0,54 (0,37)	-0,39 (0,38)	0,58 (0,02)
<b>Asthme</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-0,14 (0,53)	-0,41 (0,01)	-0,36 (0,00)	-0,43 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-0,03 (0,98)	0,53(0,00)	0,34 (0,03)	-0,15 (0,24)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-0,17 (0,56)	0,12 (0,72)	-0,02 (0,99)	-0,28 (0,00)
<b>Embolie pulmonaire</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-2,46 (0,05)	-0,66 (0,84)	-0,98 (0,26)	-1,32 (0,02)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	0,01 (1,00)	0,07 (0,99)	-1,15 (0,23)	0,16 (0,95)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-2,44 (0,19)	-0,58 (0,91)	-2,13 (0,01)	-1,16 (0,12)
<b>Démence</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	0,34 (0,97)	2,81 (0,00)	-2,07 (0,00)	-1,89 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	8,07 (0,01)	1,70 (0,37)	0,63 (0,82)	-0,35 (0,92)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	8,42 (0,01)	4,51 (0,00)	-1,44 (0,38)	-2,24 (0,04)
<b>Cancer du sein</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-6,77 (0,07)	-2,27 (0,55)	0,35 (0,97)	1,64 (0,25)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-2,29 (0,74)	5,14 (0,22)	-0,44 (0,97)	-2,26 (0,14)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-9,06 (0,02)	2,87 (0,62)	-0,09 (0,99)	-0,62 (0,87)

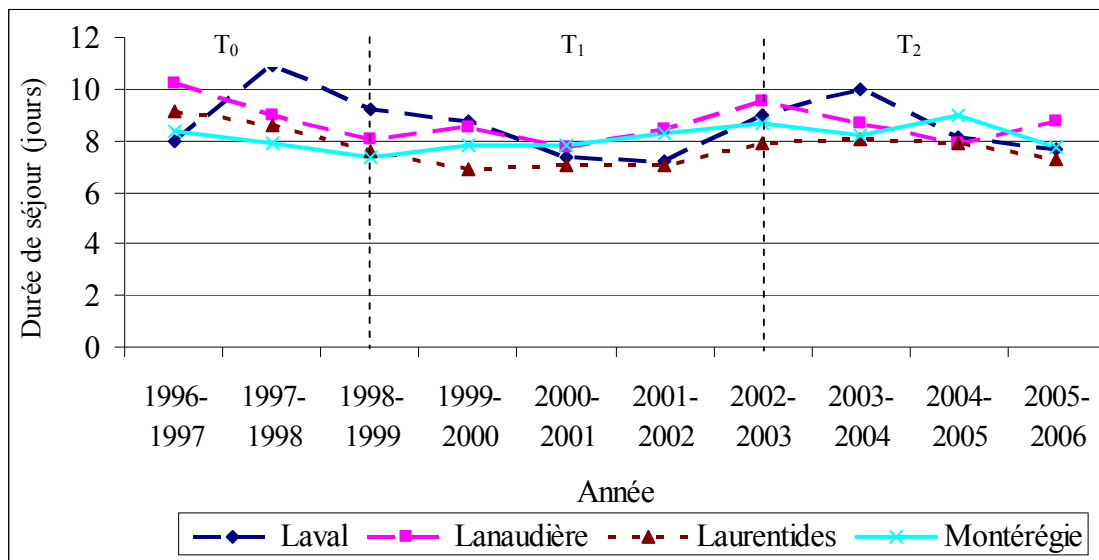
**Tableau 4:** Différences des DMS entre les régions de comparaison et Laval pendant les phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub> ainsi que les tests F associés: analyse de variance inter-groupes

Régions de comparaison	Laval		
	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
<b>Maladies coronariennes</b>			
Lanaudière	-1,99 (0,00)	-1,42 (0,00)	-0,97 (0,33)
Laurentides	-1,77 (0,00)	-0,49 (0,69)	-0,34 (0,96)
Montérégie	-0,98 (0,00)	-0,79 (0,13)	-0,05 (1,00)
<b>MPOC</b>			
Lanaudière	-0,32 (0,95)	0,12 (0,99)	0,44(0,94)
Laurentides	-1,22 (0,02)	-0,89 (0,06)	-0,32 (0,97)
Montérégie	-1,38 (0,00)	-0,17 (0,98)	0,50 (0,82)
<b>Asthme</b>			
Lanaudière	0,59(0,00)	0,33 (0,10)	0,89 (0,00)
Laurentides	0,37 (0,02)	0,15 (0,69)	0,53 (0,15)
Montérégie	0,63 (0,00)	0,34 (0,01)	0,52 (0,09)
<b>Embolie pulmonaire</b>			
Lanaudière	0,15 (1,00)	1,95 (0,42)	2,02 (0,79)
Laurentides	0,94 (0,82)	2,42 (0,09)	1,26 (0,92)
Montérégie	0,53 (0,97)	1,66 (0,36)	1,81 (0,72)
<b>Démence</b>			
Lanaudière	-7,66 (0,00)	-5,19 (0,00)	-11,56 (0,00)
Laurentides	-2,99 (0,42)	-5,41 (0,00)	-12,85 (0,00)
Montérégie	-1,45 (0,89)	-3,68 (0,01)	-12,11 (0,00)
<b>Cancer du sein</b>			
Lanaudière	-10,46 (0,00)	-5,96 (0,09)	1,46 (0,99)
Laurentides	-10,01 (0,00)	-2,89 (0,66)	-1,04 (0,99)
Montérégie	-12,56 (0,00)	-4,15 (0,12)	-4,12 (0,14)

## Durée moyenne de séjour pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

Dans la période  $T_0$ , on observe une diminution de la DMS pour MPOC dans les régions de comparaison. À Laval, elle a connu une augmentation avant d'amorcer une diminution qui va se poursuivre jusqu'en 2001-2002 (un an avant la fin de la période  $T_1$ ). Par contre, pendant la période  $T_1$ , les régions de comparaison ont connu très peu de variation de leur DMS. Dans la période  $T_2$ , l'augmentation de la DMS amorcée à Laval en 2001-2002 se poursuit jusqu'en 2003-2004 qui marque le début d'une tendance à la baisse. Dans les régions de comparaison, aucune variation particulière n'a été observée en  $T_2$  (Figure 2).

Figure 2: Évolution de la durée moyenne de séjour pour MPOC



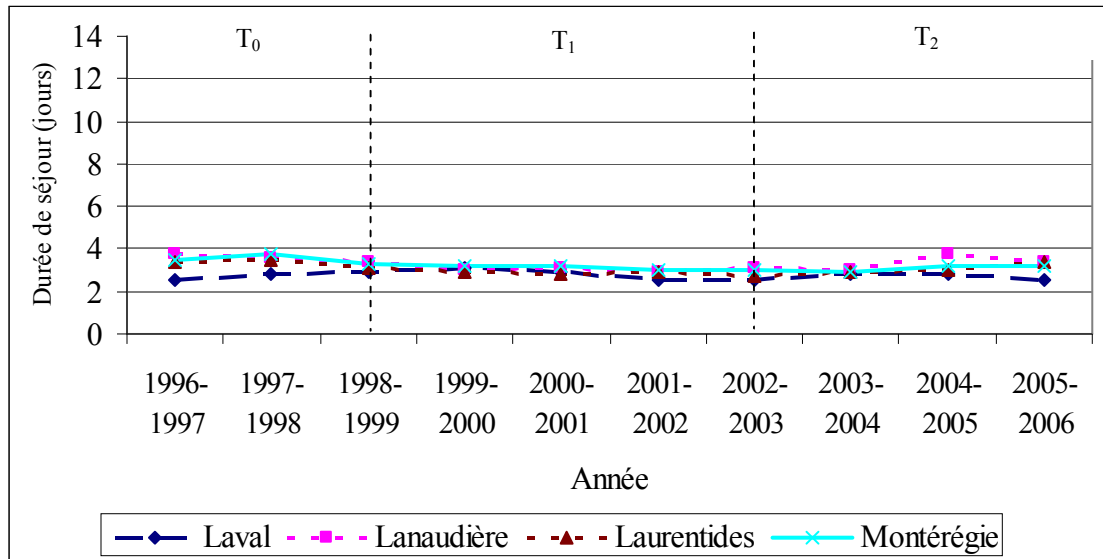
L'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre qu'il n'y a eu aucune différence entre  $T_0$  et  $T_1$  à Laval, ni dans les régions de comparaison. Il en est de même entre  $T_1$  et  $T_2$ . Par contre, entre  $T_0$  et  $T_2$ , seule la région de Laval présente une diminution significative de la DMS ( $p=0,04$ ). L'effet de la mesure SRE-8 semble donc se produire après un délai plus ou moins long après son implantation. L'analyse des variances inter-groupe (tableau 4) confirme que, dans la phase  $T_0$ , la DMS à Laval est significativement plus élevée que celles des régions de Laurentides ( $p=0,02$ ) et de la Montérégie ( $p=0,00$ ). Par contre, dans les phases  $T_1$  et  $T_2$ , aucune différence n'est observée entre Laval et les régions de comparaison. En conclusion, on présume donc que l'implantation de la mesure SRE-8 aurait permis une diminution de la DMS pour les MPOC à Laval mais que cette diminution est intervenue avec un retard puisqu'elle n'est pas observée dans la phase de l'implantation de la mesure.



### Durée moyenne de séjour pour l'asthme

Que ce soit avant, pendant ou après l'implantation, la durée moyenne de séjour pour asthme est restée plus ou moins stable à Laval et dans les régions de comparaison. (Figure 3).

Figure 3: Évolution de la durée moyenne de séjour pour l'asthme



L'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , il n'y a pas de différence significative à Laval ( $p=0,53$ ). Par contre une diminution significative est observée dans les régions de Lanaudière ( $p=0,01$ ), Laurentides ( $p=0,00$ ) et Montérégie ( $p=0,00$ ). Entre  $T_1$  et  $T_2$ , l'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre qu'il n'y a eu aucune différence significative de la DMS à Laval et Montérégie. Dans Lanaudière et dans les Laurentides, une augmentation significative de la DMS est observée (respectivement  $p=0,00$  et  $p=0,03$ ). Enfin, entre  $T_0$  et  $T_2$ , seule la région de la Montérégie présente une diminution significative dans les DMS observées ( $p=0,00$ ). Par ailleurs,

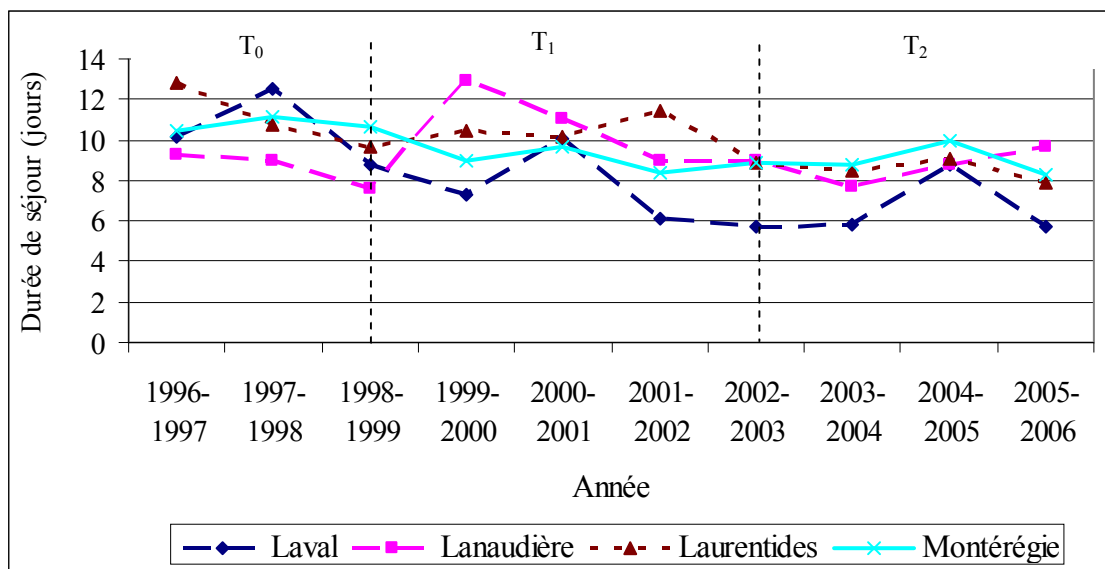
l'analyse des variances inter-groupes (tableau 4) montre que, dans la phase T<sub>0</sub>, la DMS à Laval est significativement plus faible que celles observées dans les régions de Lanaudière (p=0,00), Laurentides (p=0,02) et Montérégie (0,00). Par contre, dans la phase T<sub>1</sub>, c'est seulement avec la Montérégie qu'une différence significative est observée (p=0,01). Dans la phase T<sub>2</sub>, une différence significative est observée dans la DMS entre Laval et Lanaudière (p=0,00).

En conclusion, l'implantation de la mesure SRE-8 ne semble donc pas avoir eu un impact sur l'évolution de la DMS pour l'asthme dans la région de Laval.

### Durée moyenne de séjour pour embolie pulmonaire

Dans la période  $T_0$ , on observe que la DMS pour embolie pulmonaire connaît une diminution dans les régions de Lanaudière et des Laurentides; et, reste plus ou moins stable en Montérégie. À Laval, elle a connu une augmentation avant d'amorcer une diminution qui va se poursuivre jusqu'en 1999-2000. Par contre, à partir de 2000-2001, la durée moyenne de séjour à Laval connaît une diminution qui se poursuit jusqu'en 2003-2004. Par la suite, une augmentation suivie d'une baisse a été observée, mais la durée moyenne de séjour demeure toujours faible à Laval par rapport aux autres régions où aucune variation particulière n'a été observée (Figure 4).

Figure 4: Évolution de la durée moyenne de séjour pour embolie pulmonaire

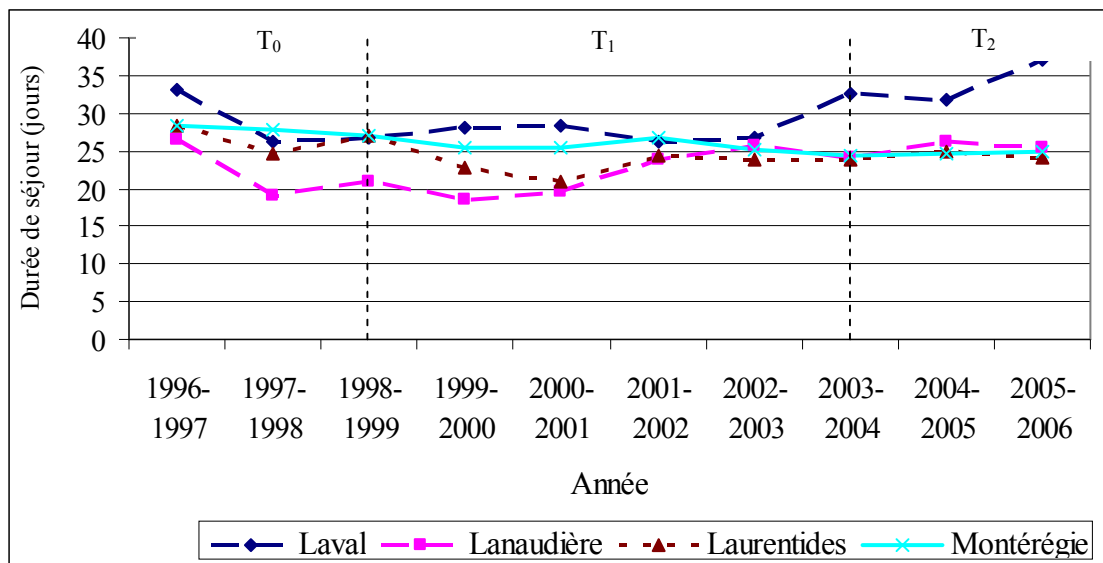


L'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre une diminution significative de la DMS à Laval ( $p=0,05$ ) et en Montérégie ( $p=0,02$ ) entre  $T_0$  et  $T_1$ . Cette diminution est cependant plus importante à Laval. Par contre, entre  $T_1$  et  $T_2$  aucune différence significative n'est observé à Laval, ni dans les régions de comparaison. Il en est de même entre les phases  $T_0$  et  $T_2$  sauf pour la région des Laurentides où une diminution significative est observée ( $p=0,01$ ). L'analyse des variances inter-groupe (tableau 4) montre que dans la phase  $T_0$ , il n'y a aucune différence significative dans les DMS observées à Laval et les autres régions. Il en est de même au temps  $T_1$  et  $T_2$ . En conclusion, on présume que l'implantation de la mesure SRE-8 aurait permis une diminution de la DMS pour embolie pulmonaire à Laval.

### Durée moyenne de séjour pour la démence

Avant l'implantation de la mesure GRE-3 (phase  $T_0$ ), la durée moyenne de séjour pour démence connaît en général une diminution dans l'ensemble des régions. Par contre, dans la phase de l'implantation ( $T_1$ ), une tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour pour démence a été observée dans Lanaudière et dans les Laurentides jusqu'en 2000-2001. Par la suite, elle amorce un accroissement qui semble se stabiliser à partir de 2002-2003. Dans la phase  $T_1$ , la DMS pour démence semble stable à Laval jusqu'en 2002-2003. Après la suspension on observe une poursuite de l'augmentation de la durée moyenne de séjour amorcée à Laval en 2002-2003. Dans la région de la Montérégie, la durée moyenne de séjour connaît une légère diminution amorcée depuis  $T_0$  (Figure 5).

Figure 5: Évolution de la durée moyenne de séjour pour démence



L'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , aucune différence significative n'est observée à Laval ( $p=0,97$ ). Par contre les régions des Laurentides et de la Montérégie présentent une diminution significative de la DMS ( $p=0,00$ ). Dans Lanaudière, une augmentation significative de la DMS est observée ( $p=0,00$ ). Entre  $T_1$  et  $T_2$ , c'est une augmentation significative de la DMS qui est observée à Laval ( $p=0,01$ ). Entre  $T_0$  et  $T_2$ , une augmentation significative de la DMS est toujours observée à Laval ( $p=0,01$ ) mais également dans Lanaudière ( $p=0,00$ ).

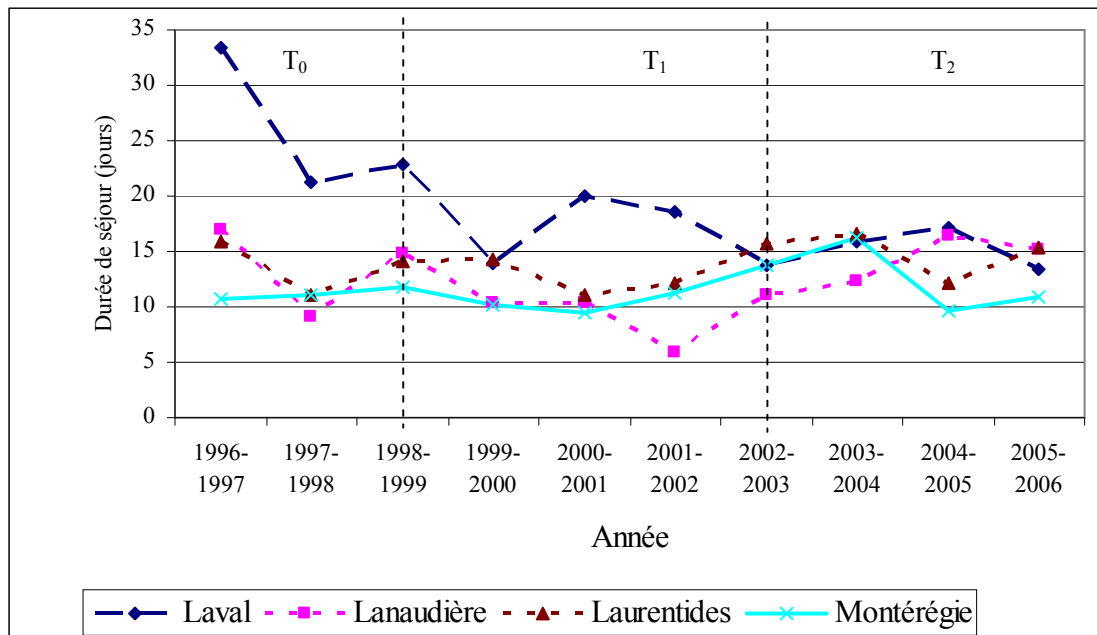
L'analyse des variances inter-groupe (tableau 4) montre que dans la phase  $T_0$ , la DMS à Laval est significativement plus élevée que de celle de Lanaudière ( $p=0,00$ ). Dans la phase  $T_1$ , elle est significativement plus élevée que celles de Lanaudière ( $p=0,00$ ), des Laurentides ( $p=0,00$ ) et de la Montérégie ( $p=0,01$ ). De la même manière, on observe dans la phase  $T_2$ , que la DMS de Laval est également significativement plus élevée que celles de Lanaudière ( $p=0,00$ ), des Laurentides ( $p=0,00$ ) et de la Montérégie ( $p=0,00$ ).

En conclusion, l'implantation de la mesure GRE-3 ne semble pas avoir engendré, dans la région de Laval, une diminution de la durée moyenne de séjour associée à la démence.

### Durée moyenne de séjour pour le cancer du sein

En 1996-1997, la durée moyenne de séjour pour le cancer du sein était très élevée à Laval comparativement aux autres régions de comparaison. Elle connaît par la suite une importante baisse avant même l'implantation de la mesure ONC-1. Dans les phases T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, la DMS à Laval poursuit sa diminution (avec quelques fluctuations). Dans les Laurentides et en Montérégie, une tendance à la hausse de DMS est observée dans la phase T<sub>1</sub> suivie en général d'une baisse dans la phase T<sub>2</sub>. Dans Lanaudière, la diminution de la DMS amorcée dans la phase T<sub>0</sub> est interrompue en 2001-2002. Il s'en est suivi une augmentation de la DMS qui se poursuit dans la phase T<sub>2</sub>. (Figure 6).

Figure 6: Évolution de la durée moyenne de séjour pour cancer du sein



L'analyse des variances intra-groupe (tableau 3) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$  aucune différence significative n'est observée à Laval, ni dans les régions de comparaison. Il est en de même entre  $T_1$  et  $T_2$ . Par contre, entre  $T_0$  et  $T_2$ , on observe une diminution significative dans la région de Laval ( $p=0,02$ ) mais pas dans les régions de comparaison. L'effet de la mesure ONC-1 se serait donc produit plus tard après l'implantation. L'analyse des variances inter-groupe (tableau 4) confirme que, dans la phase  $T_0$ , la DMS à Laval est significativement plus élevée que celles de Lanaudière ( $p=0,00$ ), des Laurentides ( $p=0,00$ ) et de la Montérégie ( $p=0,00$ ). Par contre, dans les phases  $T_1$  et  $T_2$ , aucune différence significative n'est observée entre Laval et les régions de comparaison.

En conclusion, on présume que l'implantation de la mesure ONC-1 aurait permis une diminution de la DMS pour le cancer du sein.



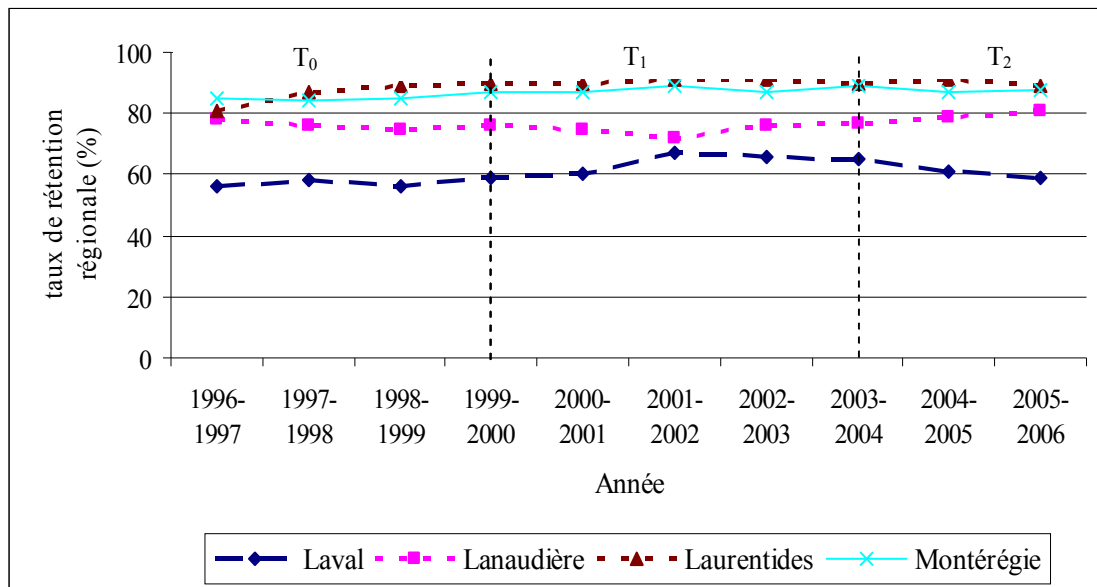
## 2- L'évolution de la rétention régionale

Nous présentons dans cette section l'évolution de la rétention régionale en suivant les différentes phases de l'implantation (avant implantation – implantation – suspension).

### Rétention régionale pour les maladies coronariennes

Le taux de rétention régionale pour les maladies coronariennes a subi très peu de changement dans les régions des Laurentides et de la Montérégie pendant les phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub> (figure 7). Dans la région de Lanaudière, une tendance à la baisse est observée dans la phase T<sub>0</sub> et se poursuit dans la phase T<sub>1</sub>. Par contre à Laval, une tendance à la hausse est amorcée à Laval dans la phase T<sub>0</sub> et est plus prononcée dans la phase T<sub>1</sub> avant de décroître dans la phase T<sub>2</sub>. Dans la phase T<sub>2</sub> la région de Lanaudière présente une rétention qui semble s'accroître.

Figure 7: Évolution de la rétention régionale pour maladies coronariennes



L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , c'est seulement dans les régions de Laval et Montérégie que l'accroissement de la rétention régionale est significatif ( $p=0,00$ ). Mais l'accroissement observé à Laval semble plus important que celui de la Montérégie. Ceci pourrait témoigner d'un accroissement immédiat de la rétention régionale à Laval suite à la mesure SCV-7.

Entre  $T_1$  et  $T_2$ , seule la région de Laval a connu une diminution significative de la rétention régionale ( $p=0,01$ ) alors que la région de Lanaudière a connu une augmentation significative de sa rétention ( $p=0,00$ ). Dans les Laurentides et la Montérégie, aucune variation significative n'est observée. Par contre, entre  $T_0$  et  $T_2$ , l'augmentation observée à Laval n'est pas significative ( $p=0,49$ ), contrairement à Lanaudière et la Montérégie qui ont connu un accroissement significatif de leur rétention régionale ( $p=0,00$ ). Par ailleurs, que ce soit dans la phase  $T_0$ ,  $T_1$  et  $T_2$ , la rétention régionale est significativement plus élevée dans les régions de comparaison qu'à Laval (Tableau 6). Mais on observe cependant que l'écart entre Laval et les régions semble diminuer de  $T_0$  et  $T_1$  principalement.

En conclusion, la mesure SCV-7 aurait permis un accroissement de la rétention régionale pour les maladies coronariennes à Laval dès son implantation. Mais la suspension de cette mesure a été accompagnée d'une diminution de la rétention régionale.

L'accroissement de la rétention régionale observé entre  $T_0$  et  $T_2$  dans les régions de Lanaudière et de la Montérégie pourrait s'expliquer par les initiatives entreprises dans ces régions. Par exemple, la région de Lanaudière a mis en place, dès 2001, des projets d'intervention auprès des médecins de la première ligne pour les sensibiliser aux multiples facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et leur offrir des outils (clinique et

psychosocial) à utiliser auprès de leur clientèle. D'autres projets ont également été déployés pour cibler directement la population du territoire de renforcer leur connaissance des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, plusieurs activités de formation ciblant entre autres les maladies cardiovasculaires ont été offertes pour les infirmières de la région pour les outiller à mieux intervenir auprès de leur clientèle. De plus, les autorités de la région organisent périodiquement des rencontres de concertation avec les répondants des constituantes CLSC des CSSS. L'ensemble de ces initiatives renforce l'implication de la première ligne dans l'organisation des soins et pourrait donc faciliter une réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Par ailleurs, en 2001, la région de Lanaudière a débuté un projet d'intervention pour sensibiliser les médecins de la première ligne aux multiples facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et leur offrir des outils concrets à utiliser auprès de leur clientèle.

En 2004, la région de la Montérégie a adopté une mise à jour du continuum d'intervention pour les maladies cardiovasculaires. Ce continuum vise des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. Il comprend trois volets à savoir : prévenir, guérir et soutenir. Les activités de prévention du continuum visent l'implantation intégrée d'approches de prévention qui cible plusieurs facteurs de risque. À cela s'ajoute l'intensification du soutien aux campagnes sociétales de promotion de saines habitudes de vie; la systématisation de l'identification des facteurs de risque (questionnaire, examens physiques, tests complémentaires) afin d'agir précocement sur ces facteurs de risque; l'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives telles que la prévention,

le dépistage et la prise en charge de l'hypertension artérielle, le counselling alimentaire, l'arrêt tabagique et la pratique régulière d'activités physiques.

**Tableau 5:** Différences dans la rétention régionale entre les différentes phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub> pour chacune des régions et les tests F associés: analyse de variance intra-groupes

Phase de comparaison	Régions			
	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montérégie
<b>Maladies coronariennes</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	7,97 (0,00)	-0,37 (0,94)	1,29 (0,18)	2,43 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-5,83 (0,01)	5,22 (0,00)	-0,30 (0,94)	-0,67 (0,55)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	2,14 (0,49)	4,86 (0,00)	0,98 (0,51)	1,76 (0,00)
<b>MPOC</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	1,23 (0,63)	-1,96 (0,08)	0,44 (0,65)	0,86 (0,13)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-4,16 (0,08)	-0,27 (0,97)	-0,70 (0,48)	0,01 (1,0)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-2,92 (0,19)	-2,23 (0,15)	-0,26(0,91)	0,86 (0,12)
<b>Asthme</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	4,79 (0,00)	-7,19 (0,00)	7,33 (0,00)	2,17 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-0,87 (0,91)	7,73 (0,00)	-2,23 (0,03)	-1,04 (0,40)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	3,93 (0,11)	0,53 (0,93)	5,10 (0,00)	1,13 (0,31)
<b>Embolie pulmonaire</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-3,25 (0,767)	-1,93 (0,88)	4,78 (0,07)	1,42 (0,68)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	-5,87 (0,55)	5,90 (0,45)	-3,67 (0,28)	2,99 (0,24)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-9,12 (0,25)	3,96 (0,71)	1,11 (0,89)	4,41(0,07)
<b>Démence</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	-3,76 (0,01)	-0,01 (1,00)	-0,28 (0,81)	2,31 (0,00)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	2,06 (0,61)	-1,91 (0,12)	-0,65 (0,62)	-0,84 (0,19)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	-1,71 (0,72)	-1,92 (0,13)	-0,93 (0,41)	1,47 (0,01)
<b>Cancer du sein</b>				
T <sub>0</sub> et T <sub>1</sub>	16,41 (0,00)	8,13 (0,13)	-3,05 (0,67)	18,83 (0,01)
T <sub>1</sub> et T <sub>2</sub>	10,59 (0,1)	-5,25 (0,67)	-6,05 (0,97)	4,5 (0,19)
T <sub>0</sub> et T <sub>2</sub>	26,99 (0,00)	2,88 (0,88)	-9,09 (0,99)	18,33 (0,00)

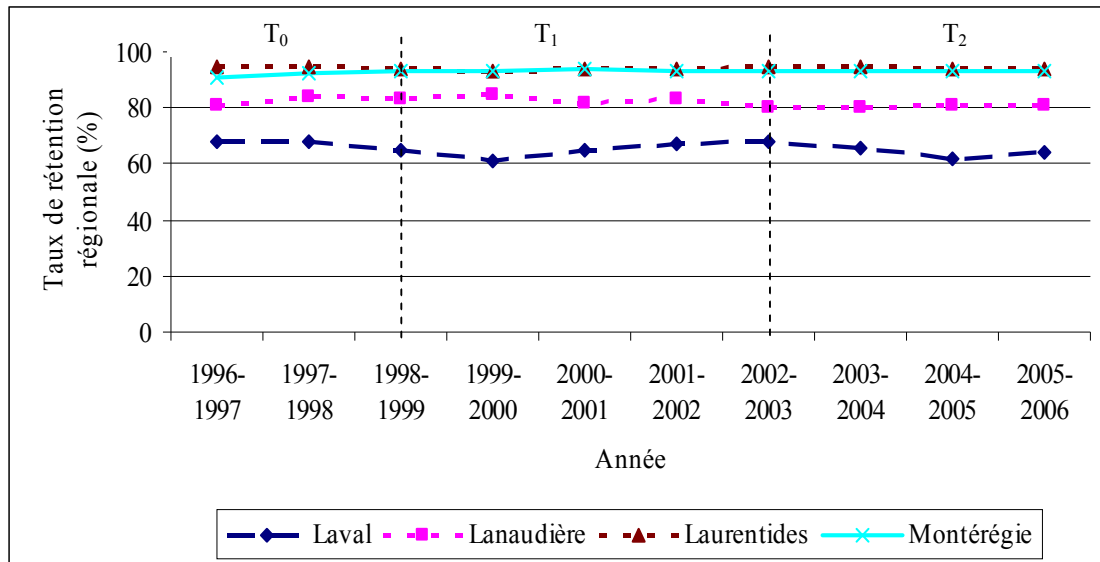
**Tableau 6:** Différences dans la rétention régionale entre les régions de comparaison et Laval pendant les phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub> ainsi que les tests F associés : analyse de variance inter-groupes

Régions de comparaison	Laval		
	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
<b>Maladies coronariennes</b>			
Lanaudière	18,2 (0,00)	9 (0,00)	20 (0,00)
Laurentides	29,6 (0,00)	24,67 (0,00)	30 (0,00)
Montérégie	27,8 (0,00)	22,33 (0,00)	27,5 (0,00)
<b>MPOC</b>			
Lanaudière	17,75 (0,00)	14,75 (0,00)	18 (0,00)
Laurentides	28 (0,00)	28 (0,00)	31 (0,00)
Montérégie	26,75 (0,00)	26,75 (0,00)	30 (0,00)
<b>Asthme</b>			
Lanaudière	15,75 (0,00)	3,25 (0,17)	12 (0,01)
Laurentides	18 (0,00)	20,25 (0,00)	19 (0,02)
Montérégie	20,75 (0,00)	17,75 (0,00)	17,5 (0,03)
<b>Embolie pulmonaire</b>			
Lanaudière	12,5 (0,15)	13,5 (0,00)	25 (0,03)
Laurentides	28,75 (0,00)	38,25 (0,00)	39,5 (0,00)
Montérégie	27 (0,00)	32,25 (0,00)	40,5 (0,00)
<b>Démence</b>			
Lanaudière	41,25 (0,00)	45,4 (0,00)	42 (0,00)
Laurentides	43 (0,00)	47 (0,00)	45 (0,00)
Montérégie	41 (0,00)	47 (0,00)	45 (0,00)
<b>Cancer du sein</b>			
Lanaudière	18,75 (0,04)	10,25 (0,02)	-2,5 (0,9)
Laurentides	36,75 (0,00)	18,5 (0,00)	5,5 (0,9)
Montérégie	21,66 (0,01)	24,25 (0,00)	19 (0,57)

### Rétention régionale pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques

Que ce soit au temps  $T_0$ ,  $T_1$  ou  $T_2$ , le taux de rétention régionale pour MPOC a connu très peu de variation dans les régions de Laval et dans les régions de comparaison (figure 8).

Figure 8: Évolution de la rétention régionale pour MPOC

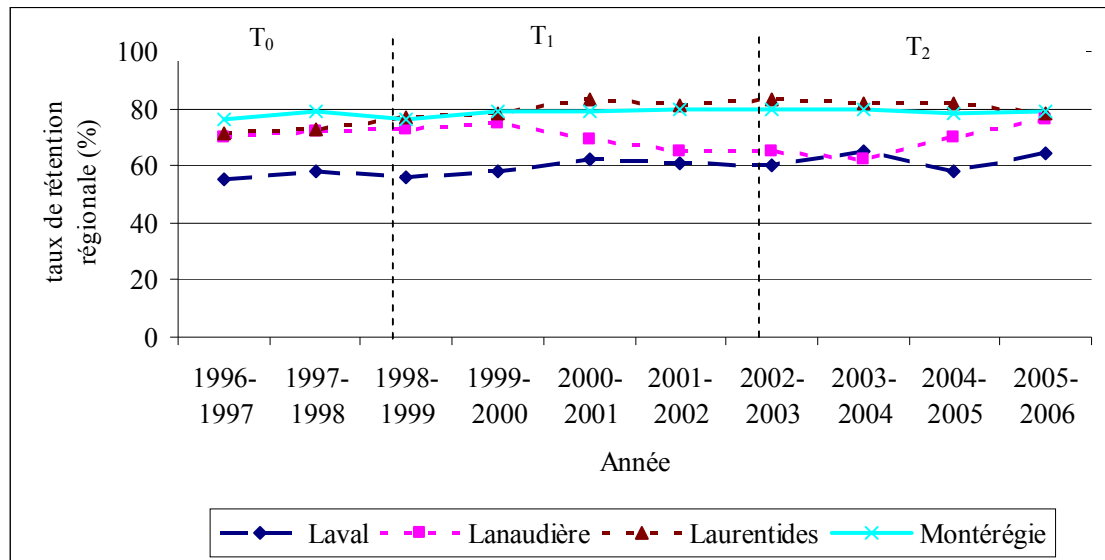


L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ ; entre  $T_1$  et  $T_2$  ainsi que entre  $T_0$  et  $T_2$ , aucune différence significative n'est observée ni à Laval, ni dans les autres régions. L'implantation de la mesure SRE-8 ne semble donc pas avoir engendré un accroissement de la rétention régionale associée aux MPOC dans la région de Laval.

### Rétention régionale pour l'asthme

La figure 9 présente l'évolution du taux de rétention régionale pour l'asthme. En général, que ce soit au temps  $T_0$ ,  $T_1$  ou  $T_2$ , la rétention régionale pour l'asthme est plus faible à Laval comparativement aux autres régions. Dans la phase  $T_0$ , on observe très peu de variation dans l'évolution de la rétention régionale, sauf dans les Laurentides où une légère croissance est observée. Dans la phase  $T_1$ , la rétention dans les Laurentides poursuit sa croissance. Les régions de Laval et de la Montérégie restent plus ou moins stables alors que dans Lanaudière, on observe une diminution de la rétention. Dans la phase  $T_2$ , les régions des Laurentides, Laval et Montérégie restent plus ou moins stables alors que dans Lanaudière, une tendance à la hausse semble s'observer.

Figure 9: Évolution de la rétention régionale pour asthme





L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre T<sub>0</sub> et T<sub>1</sub>, la région de Lanaudière a connu une diminution significative de la rétention régionale (p=0,00). Par contre, les régions de Laval, des Laurentides et de la Montérégie ont connu un accroissement significatif de la rétention régionale (p=0,00). Mais, cet accroissement est plus important dans la région des Laurentides. La mesure SRE-8 aurait produit une augmentation de la rétention régionale dès son implantation. Cependant, l'augmentation plus accrue de la rétention observée dans les Laurentides pourrait s'expliquer par les interventions mises en place dans cette région. En effet, dans la région des Laurentides, un groupe de travail a été mis en place en 2001 pour procéder à une analyse de l'adéquation des besoins et de l'offre de service pour les maladies pulmonaires. Le portait élaboré par ce comité a permis de dégager des pistes d'actions pour élaborer des interventions capables d'accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins tout au long d'un continuum de soins qui couvrent trois dimensions à savoir prévenir-guérir-soutenir. Les interventions visant la prévention sont orientées vers l'intensification de la promotion des mesures favorisant une bonne qualité de l'air intérieur et extérieur; l'accessibilité aux services de cessation tabagique et la mise en place d'interventions multi-stratégiques de prévention du tabagisme.

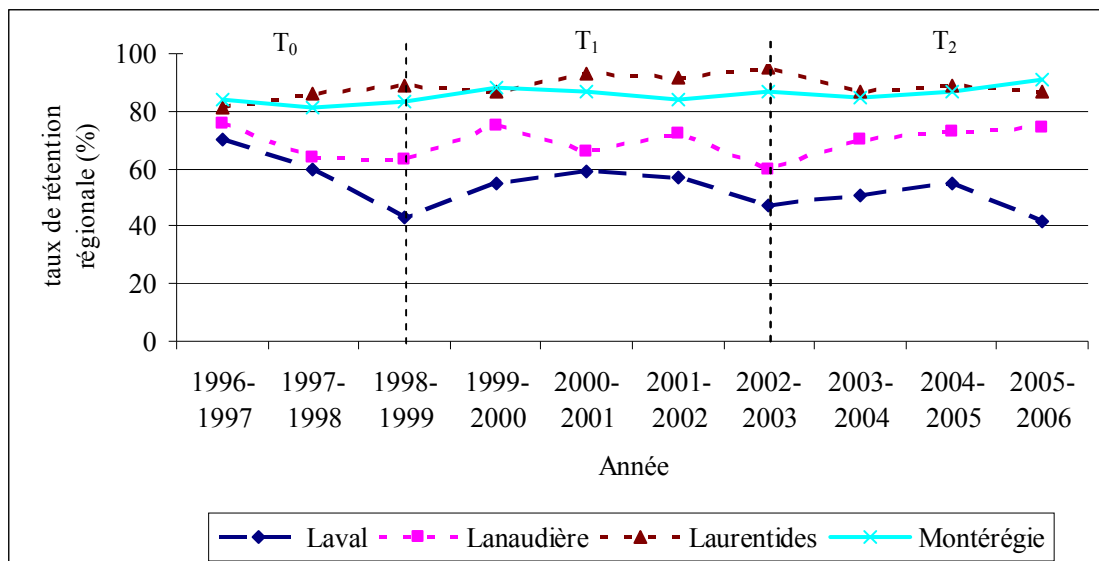
Entre T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, seule la région de Lanaudière présente un accroissement significatif (p=0,00) de la rétention régionale. Dans les autres régions, une diminution a été observée quoique non significative à Laval (p=0,91) et en Montérégie (p=0,40). Par contre, entre T<sub>0</sub> et T<sub>2</sub>, seule la région des Laurentides présente un accroissement significatif (p=0,00). En conclusion, l'implantation de la mesure SRE-8 aurait permis un accroissement immédiat de

la rétention régionale pour l'asthme dans la région de Laval. Toutefois, l'analyse des variances inter-groupe (Tableau 6) montre que, à chacune des phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, la rétention régionale est restée plus élevée dans les régions de comparaison qu'à Laval. Mais la différence entre Laval et les Laurentides dans la phase T<sub>1</sub> n'est pas significative (p=0,17).

### Rétention régionale pour embolie pulmonaire

L'évolution du taux de rétention régionale pour l'embolie pulmonaire (figure 10) montre un taux de rétention généralement plus faible à Laval que dans les régions témoins. Contrairement à ces régions témoins on observe une baisse de la rétention régionale à Laval pendant la phase T<sub>0</sub>. Dans la phase T<sub>1</sub>, la région de Laval connaît une augmentation du taux de rétention suivi d'une baisse à partir de 2001-2002. Dans la période T<sub>2</sub>, le taux de rétention pour l'embolie pulmonaire à Laval semble reprendre sa croissance, mais reste faible par rapport aux valeurs obtenues dans la phase T<sub>1</sub>. En général très peu de variations ont été notées dans les régions de Lanaudière et de la Montérégie pendant les phases T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>. Dans les Laurentides, on observe une légère augmentation de la rétention pendant la phase T<sub>1</sub> et une baisse dans la phase T<sub>2</sub>.

Figure 10: Évolution de la rétention régionale pour embolie pulmonaire

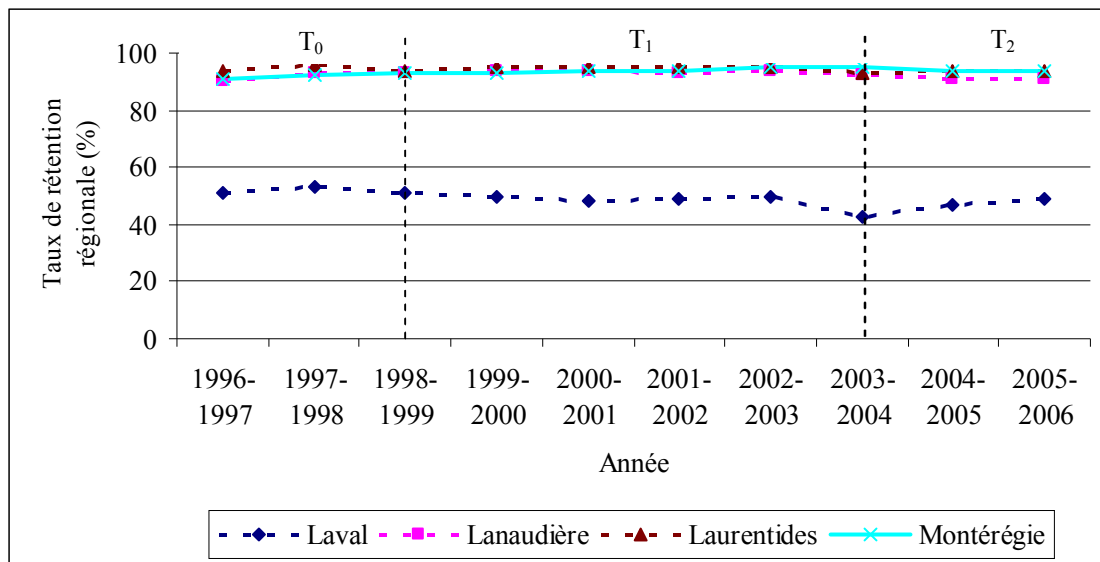


L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , les différences observées ne sont ni significatives à Laval, ni dans les régions de comparaison. Il en est de même entre  $T_1$  et  $T_2$  ainsi qu'entre  $T_0$  et  $T_2$ . L'analyse des variances inter-groupe (Tableau 6) montre que la rétention régionale pour l'embolie pulmonaire est plus élevée dans les régions de comparaison qu'à Laval. Mais, la différence entre Laval et Lanaudière dans la phase  $T_0$  n'est pas significative ( $p=0,15$ ). L'implantation de la mesure SRE-8 ne semble pas avoir engendré une augmentation de la rétention régionale à Laval pour l'embolie pulmonaire.

### Rétention régionale pour la démence

La figure 11 présente l'évolution du taux de rétention pour la démence. En général, on observe que, au temps  $T_0$ ,  $T_1$  ou  $T_2$ , la rétention régionale pour la démence est plus faible à Laval comparativement aux autres régions. Dans la phase  $T_1$ , une légère baisse de la rétention semble s'observer à Laval. Dans les régions de comparaison, aucune variation particulière n'est observée.

Figure 11: Évolution de la rétention régionale pour la démence



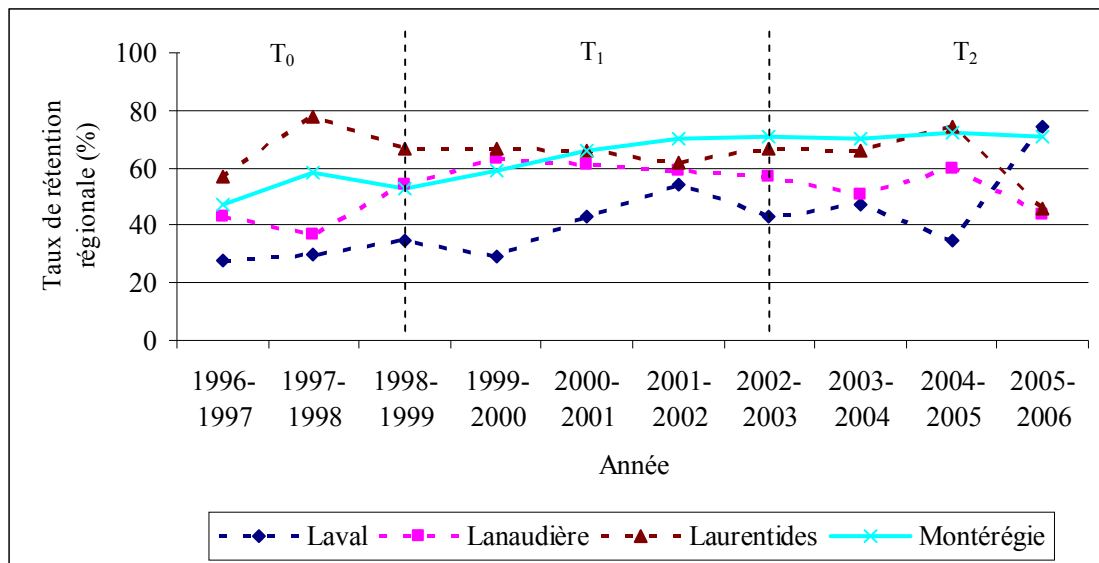
L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , Laval a connu une diminution significative de sa rétention régionale ( $p=001$ ). En Montérégie, une augmentation significative est observée ( $p=0,00$ ). Mais, dans Lanaudière et les Laurentides les diminutions observées ne sont pas significatives. Entre  $T_1$  et  $T_2$ , les différences observées ne sont ni significatives à Laval ni dans les autres régions. Par contre, entre  $T_0$  et

T<sub>2</sub>, l'augmentation observée en Montérégie est significative (p=0,01), contrairement aux autres régions où aucune différence significative n'est observée. De plus, à chacune des phases T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, la rétention régionale est demeurée significativement plus élevée dans les régions de comparaison qu'à Laval (Tableau 6). On présume donc que l'implantation de la mesure GRE-3 n'a pas permis une augmentation de la rétention régionale pour démence à Laval.

### Rétention régionale pour le cancer du sein

La figure 12 présente l'évolution du taux de rétention pour le cancer du sein. On observe dans la phase  $T_0$  une tendance à la hausse de la rétention régionale. Cette tendance se poursuit en Montérégie au cours des phases  $T_1$  et  $T_2$ . Dans Lanaudière, on observe une diminution pendant la phase  $T_1$  et qui se poursuit dans la phase  $T_2$ . Dans les régions des Laurentides et de Lanaudière, la rétention régionale varie très peu entre  $T_1$  et  $T_2$ . À Laval, la phase  $T_1$  est caractérisée par une croissance de la rétention régionale qui amorce une diminution en 2001-2002 et reprend sa croissance à partir de 2004-2005.

Figure 12: Évolution de la rétention régionale pour cancer du sein



L'analyse des variances intra-groupe (tableau 5) montre que, entre  $T_0$  et  $T_1$ , les régions de Laval et de la Montérégie ont connu un accroissement significatif de leur rétention régionale ( $p=0,00$ ). Mais l'accroissement observé à Laval semble plus prononcé à Laval.

Entre T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, aucune différence significative n'est observée ni à Laval, ni dans les autres régions. Par contre, entre T<sub>0</sub> et T<sub>2</sub>, les régions de Laval et de la Montérégie présentent un accroissement significatif (p=0,00) de leur rétention régionale. L'analyse des variances inter-groupe (Tableau 6), montre que, dans les phases T<sub>0</sub> et T<sub>1</sub>, la rétention régionale est significativement plus élevée dans les régions de comparaison qu'à Laval. Par contre, dans la phase T<sub>2</sub>, les différences observées ne sont pas significatives. On peut conclure que l'implantation de la mesure de la mesure ONC-1 aurait permis une augmentation de la rétention régionale à Laval.

En synthèse, le tableau 7 présente une synthèse des conclusions sur les effets des mesures ciblées. On observe que l'implantation de la PRSA aurait permis une diminution de la DMS pour quatre des six diagnostics (maladies coronariennes, MPOC, embolie pulmonaire et cancer du sein). Pour la rétention régionale, trois diagnostics ont connu une augmentation de la rétention régionale (maladies coronariennes, asthme, et cancer du sein).

Tableau 7: Synthèse des conclusions des effets des mesures de la PRSA sur la durée de séjour et la rétention régionale

Diagnostics ciblés	Effet sur la DMS	Effet sur la rétention régionale
Maladies coronariennes	Effet plausible	Effet plausible
MPOC	Effet plausible	Aucun effet
Asthme	Aucun effet	Effet plausible
Embolie pulmonaire	Effet plausible	Aucun effet
Démence	Aucun effet	Aucun effet
Cancer du sein	Effet plausible	Effet plausible



### *Discussion*

La principale limite de cette étude réside dans le fait qu'il n'a pas été possible de documenter en détails les différentes initiatives entreprises dans les régions de comparaison. Par exemple, dans le cas des maladies comme l'asthme, les MPOC ou l'embolie pulmonaire, l'analyse des rapports de gestion des régions ne permettait pas toujours de mettre en évidence les mesures spécifiques à chacune de ces maladies. Les informations obtenues dans ces rapports étaient en général structurées autour de « programme respiratoire », ce qui pourrait bien s'appliquer à l'une ou l'autre des diagnostics. De plus, l'une des préoccupations à la base de la PRSA était que la proximité de Laval avec Montréal amenait les patients de Laval vers Montréal pour les besoins en soins de courte durée. Mais, avec la fermeture de lits intervenus à Montréal, les coupures budgétaires et la réduction du personnel, on présume que cela augmenterait la rétention régionale à Laval. On suppose aussi que cette fermeture de lits aurait les mêmes effets sur les régions de comparaison (Lanaudière, Laurentides et Montérégie), puisqu'elles sont toutes situées en périphérie de Montréal.

Dans le cas de la PRSA, l'organisation des services ambulatoires implique une systématisation et une intensification des interventions tant hospitalières que communautaires et une coordination accrue entre les ressources (hospitalières et communautaires). La prise de contact et la participation des ressources communautaires commencent pendant le séjour hospitalier. Cela a été favorisé par la mise en place d'un processus de coordination entre tous les organismes dispensateurs concernés par les

épisodes de soins. La stratégie de virage ambulatoire a été favorisée par le recours aux ressources externes.

La stratégie de case-management en place dans les différents programmes de la PRSA inclut plusieurs variétés d'interventions telles que des programmes de réadaptation, l'implication des soins communautaires. Selon Monninkhof et al., (2003) et Rea et al., (2004), de telles combinaisons d'interventions sont plus susceptibles de réduire la durée moyenne de séjour et même les taux de réadmissions

Selon Réa et al. (2004), les stratégies de case management qui mettent l'accent sur le suivi des patients par les services communautaires permettent d'obtenir des résultats significatifs dans la diminution des admissions à l'hôpital, de la durée de séjour. Dans le cas de la PRSA à Laval, lorsque le patient reçoit son congé de l'hôpital, le lien est fait avec le CHARL, pour les activités de réhabilitation (Rea et al., 2004).

En établissant des liens avec les ressources de la communauté, les systèmes de santé peuvent améliorer leur performance dans la prise en charge des maladies chroniques (Monninkhof et al., 2003). Les ressources de la communauté peuvent inclure le support social, les ressources familiales, etc. Les facteurs de risque sont liées aux conditions sociales, économiques ou environnementales (Syme & Balfour, 1997). Dans la littérature sur la prévention, le support de l'entourage des patients est important dans le processus d'initiation et de maintien de nouveaux comportements (Curry & McBride, 1994; Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999; Perri, Sears, & Clark, 1993). Ceci est vrai lorsqu'il s'agit d'arrêter un comportement, initier de nouveaux comportements de santé ou adhérer à des activités recommandées par le médecin (Starfield et al., 1994).

Le modèle de Wagner et al. (2005) souligne également l'importance du rôle du patient dans la gestion de la maladie. Il s'agit de mettre en place un certain nombre de ressources éducatives pour augmenter les connaissances, la confiance et les aptitudes du patient dans la prise en charge de sa maladie. L'éducation doit être interactive, axée sur les solutions, fondée sur les expériences des patients et adaptée aux besoins et aux capacités individuelles. Il ne s'agit donc pas seulement d'élaborer des programmes d'éducation, mais de s'assurer qu'ils tiennent compte des caractéristiques de chaque patient (Wagner et al., 2005).

### ***Conclusion***

Les résultats de cette étude montrent que, de façon générale, l'implantation de la PRSA pourrait avoir permis une réduction de la durée de séjour et une augmentation de la rétention régionale associée à certaines pathologies. De part ce constat, la PRSA apparaît alors comme une programmation prometteuse dans la planification et l'organisation régionale des soins et services. Le principal défi reste la pérennisation de ces acquis par les établissements impliqués dans la PRSA.

## *Références*

- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*: Sage Publications (Newbury Park, Calif.) 342 p.
- Champagne, F., Leduc, N., Bilodeau, H., Blais, R., Clapperton, I., Lehoux, P. et al. (2001). *Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval*. Montréal: Université de Montréal.
- Curry, S. J., & McBride, C. M. (1994). Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health*, 15, 345-366.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Monninkhof, E., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Van Herwaarden, C., Partridge, M. R., & Zielhuis, G. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 58(5), 394-398.
- Perri, M. G., Sears, S. F., & Clark, J. E. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care*, 16(1), 200-209.
- Rea, S., McAuley, A., Stewart, C., Lamont, P., Roseman, P., & P., D. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Medicine Journal*, 34(11), 608-614.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. (2002). *Rapport mi-parcours du 1 avril au 30 juin 2002 (pp. 6)*. RSSSL-13 Laval.
- Starfield, B., Powe, N. R., Weiner, J. R., Stuart, M., Steinwachs, D., Scholle, S. H., & Gerstenberger, A. (1994). Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA*, 272(24), 1903-1908.
- Syme, S. L., & Balfour, J. L. (1997). Explaining inequalities in coronary heart disease. *Lancet*, 350(9073), 231-232.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based

chronic illness care. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(Suppl 1), S7-15.

## **CHAPITRE 7 : Article 3**

Titre : L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement

(Soumis à la revue *Innovations dans le secteur public*)

### ***Introduction***

Les organisations de santé se réajustent sans cesse pour être en mesure de mieux répondre aux besoins de leurs clientèles. Toutefois, les transformations qu'elles entreprennent ne sont pas toujours couronnées de succès. On estime qu'environ 70% des initiatives de changement échouent (Beer & Nohria, 2000; Higgs & Rowland, 2001; Smith, 2003).

La programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) est une initiative des autorités sanitaires de la région de Laval (Québec) afin de transformer les activités hospitalières conventionnelles en services ambulatoires. À travers cette programmation, les autorités espéraient augmenter l'accessibilité aux soins de courte durée et accroître la capacité de la région à répondre aux besoins de sa population. En 2001, une analyse d'implantation de la PRSA a permis de documenter le bien-fondé de cette programmation et de conclure qu'il s'agit d'un modèle prometteur, qui semblait produire des soins de qualité (Champagne et al., 2001). Malgré le potentiel de cette programmation, son déploiement a été suspendu progressivement à partir de 2003. Dans cet article, nous examinons, à partir des facteurs explicatifs de la suspension de la programmation régionale de services ambulatoires (PRSA), pourquoi il est si difficile dans les organisations publiques en général et celles de la santé en particulier d'institutionnaliser des changements.

### **L'institutionnalisation du changement**

L'institutionnalisation du changement se manifeste par l'intégration de ce dernier dans les normes, ainsi que dans la structure et la culture organisationnelle (Buchanan et al., 2005; Lamarsh & Potts, 2004; Storey & Buchanan, 2008). Elle se traduit aussi par le maintien et l'amélioration au cours du temps des résultats souhaités suite à un changement (Bone & Shediac-Rizkallah, 1998; Buchanan et al., 2005; Cassidy, Leviton & Hunter, 2006), l'intégration des nouvelles pratiques dans les processus réguliers du travail (Pluye & Potvin, 2004) ou le développement de capacité d'apprentissage et d'adaptation continues au sein des organisations, ce qui témoigne de la propension de l'organisation à s'engager dans un processus continue d'amélioration de la qualité par son ouverture à l'innovation (Buchanan et al., 2005).

Dans les organisations publiques en général et celles de la santé en particulier, l'institutionnalisation du changement reste une préoccupation majeure en raison de la multitude des difficultés rencontrées (Champagne, 2002; Denis, 2004; Storey & Buchanan, 2008). Les pressions que subissent les organisations de la santé (vieillesse de la population, restrictions budgétaires, avancée croissante et rapide des connaissances et des technologies, etc.) créent de plus en plus des impératifs pour le maintien du changement et leur contribution à la performance (Buchanan et al., 2005).

La mise en marche d'une innovation renvoie fondamentalement à une idée, une vision, qui oriente l'action vers le changement. Les travaux de Dagenais, Desbiens et Joubert (2005) montrent que, lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle a plus de chance de se disséminer. Il s'agit ensuite de s'entendre sur la signification du changement

souhaité (Dagenais, Desbiens & Joubert, 2005). L'implication des leaders dans un processus d'institutionnalisation de changement provient alors de leur perception de la différence entre la performance de l'organisation et la performance souhaitée. La plupart du temps, cette différence n'est pas toujours la conséquence du style du leadership mais parfois des opportunités stratégiques et techniques qui émergent et oblige les organisations à s'ajuster et à mieux faire (Golden, 2006; Harrison & Kimani, 2009). Ces opportunités proviennent des différentes influences que l'environnement exerce sur les organisations.

Par ailleurs, peu de systèmes sont aussi complexes à gérer que les organisations de la santé (Kitson, 2009). Cette complexité est la conjugaison, entre autres, de la confluence des professions (médecins, infirmiers, pharmaciens, gestionnaires, etc.) et d'autres détenteurs d'enjeux (patients, gouvernement, etc.) souvent avec des intérêts, des perspectives et des horizons temporels apparemment incompatibles (Golden, 2006). L'exacerbation des défis pour les gestionnaires des organisations de la santé est la nécessité bien connue de satisfaire ce qui semble être la demande insatiable des soins de santé, et ce, avec des contraintes financières.

Même l'application des meilleures innovations basées sur des évidences scientifiques reste parfois un défi (Fitzgerald, Ferlie & Hawkins, 2003). Dans un processus de changement, les acteurs d'une organisation adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation. Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs. Une des raisons pour lesquelles les changements sont interrompus dans les organisations est liée au fait que les



changements sont souvent accompagnés d'un sentiment d'anxiété, d'émotions négatives, d'incertitudes et d'ambiguïté de la part des employés (Bordia, Hobman, Jones, Gallois & Callan, 2004; Kiefer, 2005).

Fernandez & Rainey (2006) dans leur exploration des théories et des pratiques de changement dans les organisations publiques ont montré que la transparence dans la communication permet de renforcer la confiance auprès des membres de l'organisation (Fernandez & Rainey, 2006). Selon ces auteurs, cette communication met de l'avant les raisons à la base du changement, les nouveaux défis qui y sont associés (nouveaux rôles, risques, etc.) mais aussi les objectifs poursuivis. Ainsi donc, la prise en considération des inquiétudes des différents membres de l'organisation contribue à rassurer les membres de l'organisation (Alimo-Metcalfe, Alban-Metcalfe, Bradley, Mariathan & Samele, 2008).

La théorie de développement organisationnel permet de comprendre l'institutionnalisation du changement dans les organisations. Cette théorie se rapporte à la recherche de l'acquisition de nouvelles connaissances, leur interprétation et leur utilisation au sein des organisations dans le but d'améliorer l'atteinte des objectifs organisationnels (Falconer, 2006; Kieser & Koch, 2008). L'un des éléments fondamentaux de cette théorie est la notion de mémoire organisationnelle, c'est-à-dire la capacité de l'organisation à maintenir ses savoirs et d'y avoir accès au besoin (Lehr & Rice, 2002). Elle réfère également à la capacité d'une organisation à soutenir de nouvelles initiatives et à les intégrer dans les pratiques habituelles de l'organisation et de créer des conditions pour faire de ces initiatives, des composantes permanentes de l'organisation (Virani, Lemieux-Charles, Davis & Berta, 2009). Or, le système de santé est généralement perçu comme une entité complexe,

interactive, organique, où les expérimentations, les études empiriques et la réflexion sont centrales pour créer une culture d'innovation, d'amélioration et par conséquent d'efficacité (Kitson, 2009). La transformation de nouvelles connaissances en pratique organisationnelle est un processus lent et imprévisible (Nutley, Walter & Davies, 2007). Changer le comportement des professionnels, en particulier dans les organisations de la santé où l'autonomie professionnelle est fortement reconnue, constitue un processus complexe et difficile (Nutley et al., 2007). Selon Buchanan et al. (2005), l'institutionnalisation du changement est un concept ambigu, multidimensionnel et conjectural. Elle dépend d'une multitude de facteurs avec différents niveaux d'analyses : individuel, organisationnel, culturel, politique, processuel, contextuel, temporel, etc. De plus, la signification relative de chacun de ses facteurs ne peut être définie a priori (Buchanan et al., 2005). Ainsi, nous adoptons une démarche inductive pour examiner les facteurs explicatifs de la suspension de la programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) telle que perçue par les principaux acteurs de la planification de la PRSA et des gestionnaires en poste en 2007 chargés de la programmation des services. Cette démarche inductive consiste à ne pas mettre l'accent sur un modèle théorique en particulier. Toutefois, le cadre d'évaluation de l'action émergente de Patton (Patton, 2002) a été utilisé pour structurer la collecte de données. Ce cadre de Patton offre une démarche qui intègre à la fois la compréhension des acteurs sur l'intervention, les activités d'implantation et le potentiel de l'intervention à produire les résultats escomptés. Il s'agit donc d'un cadre qui regroupe plusieurs perspectives dans l'analyse du changement et permet par le fait même une approche

exploratoire pour appréhender la diversité de facteurs qui pourraient expliquer l'évolution de la PRSA.

### **Le cas à l'étude : La suspension de la mise en œuvre de la PRSA – Laval**

La région de Laval est l'une des 18 régions sanitaires au Québec. Elle est située dans la banlieue de Montréal et constitue la septième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec avec une population estimée en 2008 à 384 224 habitants<sup>4</sup>. Les services de santé offerts dans la région de Laval sont organisés de manière à satisfaire aux besoins de la population ou des groupes de personnes aux prises avec un problème de santé particulier.

En 1995, la région sanitaire de Laval a entrepris un vaste programme régional de réorganisation de son offre de services en matière de soins de santé. La programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) qui en a découlé poursuit des objectifs de qualité, de continuité et de coordination des soins par une approche qui se veut globale et efficiente.

La PRSA est une approche multidisciplinaire de programmation de services qui réunit sept établissements (un centre hospitalier, un centre ambulatoire, un centre hospitalier de réadaptation, quatre centres locaux de services communautaires), treize programmes régionaux de services intégrés pour des problèmes de santé ou des sous-populations particulières et quatre vingt huit protocoles cliniques régionaux. L'implantation d'un tel modèle d'intégration inter-organisationnelle et clinique représente une réorganisation profonde et innovatrice (Champagne et al., 2001).

Le modèle mis de l'avant à Laval prévoit 1) une planification populationnelle basée sur une analyse des habitudes de consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et élaborer une offre de services plus adaptés; 2) une intégration des soins au niveau régional pour renforcer et consolider les efforts de coopération entre les différents prestataires de soins de la région et accroître ainsi le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins; et 3) un recours au virage ambulatoire pour diminuer la durée moyenne de séjour et accroître le volume des épisodes traités et contribuer ainsi à accroître l'accessibilité aux soins.

Selon le modèle, une planification populationnelle caractérisée par l'évaluation des besoins et la priorisation des actions devrait permettre une programmation capable d'offrir des soins et services plus adaptés aux besoins de la population. Cette planification populationnelle permet également de faciliter la modification des pratiques professionnelles et institutionnelles pour consolider le réseau intégré de soins. C'est cette intégration qui devrait permettre un meilleur rendement clinique et par conséquent une meilleure efficacité globale, une meilleure globalité des soins et une meilleure compatibilité des soins (Alter & Hage, 1993) c'est-à-dire des soins plus justes (appropriés et pertinents) et continus. La compatibilité des soins sera également renforcée par la démarche de planification populationnelle grâce à l'élaboration d'une offre régionale de soins et services adaptés aux besoins de la population. Les effets combinés de la compatibilité des soins, de la globalité et de l'amélioration du rendement clinique permettront d'améliorer l'accessibilité,

---

<sup>4</sup> Institut de la statistique du Québec (ISQ). Données démographiques régionales, Laval, 2006-2008, Mise à jour du 14 avril 2009

d'augmenter la rétention régionale et ultimement d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients. Enfin, l'intégration clinique contribue à renforcer la stratégie de virage ambulatoire, ce qui devrait permettre de réduire la durée moyenne de séjour et augmenter le volume des épisodes traités contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité et à l'objectif d'augmentation de la rétention régionale. Malgré le potentiel de cette programmation tel que présenté par Champagne et al., (2001); mais aussi suite à un rapport des responsables de santé de la région de Laval (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002), le déploiement de la PRSA a été interrompu. Il s'agit donc d'une expérience pertinente pour tenter de comprendre la capacité d'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé.

### ***Methodologie***

Cet article examine l'évolution de la PRSA telle que perçue par les principaux acteurs de la planification de la PRSA et des gestionnaires en poste en 2007 et chargés de la programmation des services. La stratégie adoptée est celle d'une recherche synthétique de type explicatif. Le devis de recherche retenu est l'étude de cas (Yin, 2009). Les études de cas sont appropriées pour les recherches cherchant à expliquer et modéliser des phénomènes complexes. En cette matière, le déploiement d'un réseau inter-organisationnel mettant en présence des organisations professionnelles complexes comme un hôpital, un centre hospitalier ambulatoire, des CLSC et un hôpital de réadaptation, se prête bien à l'utilisation d'un tel devis. Le cas est représenté par la PRSA, vue comme un système mettant en réseau d'échanges inter-organisationnels des organisations partenaires.

Les données de cette étude proviennent d'entrevues semi-structurées auprès de deux groupes d'acteurs que sont les principaux responsables de la planification de la PRSA et des gestionnaires en poste en 2007 et chargés de la programmation des services. Les entrevues sont une des sources de données les plus importantes dans une étude de cas (Benbasat, Goldstein & Mead, 1987; Yin, 2009) et plus encore dans les études interprétatives où l'objectif est d'interpréter la réalité en fonction de la perception des individus (Walsham, 2006). Au total, 10 entrevues ont été exécutées dont 4 auprès de l'équipe de planification de la PRSA (P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> et P<sub>4</sub>) et 6 auprès des gestionnaires en poste en 2007 et chargés de la programmation des services (G<sub>1</sub>, G<sub>2</sub>, G<sub>3</sub>, G<sub>4</sub>, G<sub>5</sub> et G<sub>6</sub>). Les gestionnaires actuels chargés de la programmation ont été identifiés à partir de l'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et validé par la responsable d'alors de la PRSA. En ce qui concerne les planificateurs, leur liste a été obtenue à partir des documents descriptifs de la PRSA. Les entrevues ont eu lieu à Laval ou à Montréal, entre février à avril 2007. En moyenne, ces entrevues ont duré 45 minutes.

Le cadre d'évaluation de l'action émergente de Patton (Patton, 2002) a servi de base à la construction du matériel des entrevues (Grille d'entrevue en annexe). Les différents thèmes abordés sont : (i) des raisons perçues comme étant à la base de la mise en place de la PRSA; (ii) de l'adéquation entre les ressources investies dans l'implantation de la PRSA et les activités prévues ; (iii) des activités nouvelles nécessitées par l'implantation; (iv) de la participation des partenaires; (v) des réactions de l'environnement interne c'est-à-dire les caractéristiques propres aux établissements participant à la PRSA et de l'environnement externe qui relèvent du contexte politique, économique, social et technologique dans lequel

évolue ses organisations ; (vi) des nouveaux savoirs, les nouvelles attitudes et habiletés générées par l'implantation de la PRSA; (vii) du changement dans la pratique professionnelle; (viii) des résultats qui étaient attendus de l'implantation de la PRSA; et enfin (ix) du potentiel de généralisation de la PRSA. Le cadre de Patton offre une démarche structurée qui intègre à la fois la compréhension des acteurs sur l'intervention, les activités d'implantation et le potentiel de l'intervention à produire les résultats escomptés. Il s'agit donc d'un cadre intéressant pour comprendre l'évolution de la PRSA.

### *Analyse des données*

La méthode d'analyse inductive a été utilisée pour analyser les entrevues. Dans un premier temps, l'organisation préliminaire des données c'est-à-dire la transcription verbatim des enregistrements de chaque entrevue et une familiarisation avec le matériel par de multiples lectures du texte des entrevues a permis de donner un sens aux différents propos des personnes interviewées. Cette phase préparatoire de lecture et relecture constitue le meilleur outil de l'analyse car permet de saisir le sens profond des entretiens ainsi que différents thèmes et significations qui serviront ultérieurement dans l'analyse (Deslauriers, 1991). Par la suite, le découpage, l'examen et la catégorisation des données ont été faits dans un but de recherche de signification et de repérage de noyaux de sens.

### *Synthèse des données*

La synthèse des opinions exprimées par les deux groupes d'acteurs interviewés (Gestionnaires actuels et Planificateurs de la PRSA) est présentée en suivant les différents thèmes abordés dans les entrevues. Cette synthèse vise également à présenter les points de

vue selon les groupes d'acteurs interviewés (gestionnaires actuels vs planificateurs de la PRSA).

### **Les raisons perçues comme étant à la base du modèle**

Selon les données des entrevues, les deux groupes d'acteurs présentent une même compréhension des raisons à l'origine de la PRSA soit l'accroissement et le vieillissement de la population qui exercent une pression sur la disponibilité et l'accessibilité aux services de soins de courte durée. Selon les répondants, l'essence de la PRSA repose sur un effort de diminution de la consommation des ressources hospitalières en rapprochant les services du milieu de vie des personnes

### **Les résultats qui étaient attendus du modèle**

Selon les gestionnaires, la PRSA visait essentiellement une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation de la rétention régionale. Par contre, plus de détails ont été donnés par certains planificateurs de la PRSA. Selon ces derniers, pour être en mesure de produire une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation de la rétention régionale, la PRSA devrait permettre une harmonisation des pratiques cliniques au niveau des établissements de la région, une complémentarité dans l'offre de soins et une augmentation de l'accessibilité aux soins.

### **L'adéquation des ressources investies**

Pour la majorité des gestionnaires, la PRSA a bénéficié d'un appui financier important dans la phase de déploiement. Pour les planificateurs, en plus de cet appui financier, les autorités



ministérielles et régionales ont offert un appui moral dans la mise en œuvre de la PRSA. Cet appui est caractérisé par une reconnaissance par les autorités ministérielles qui soutiennent que l'approche régionale adoptée par Laval est un élément indispensable pour la modernisation du système de santé.

### **Les activités nécessitées par l'implantation**

Unanimement, les planificateurs de la PRSA soulignent que la réussite de l'implantation passe par un changement de paradigme de travail en silo à une pratique professionnelle en équipe interdisciplinaire. De plus, la plupart des planificateurs de la PRSA ont mentionné que la prise en compte des ressources communautaires dans le processus de soins est un changement majeur qui implique de nouvelles façons de faire. Selon les gestionnaires, des activités de formation surtout sur le plan clinique ont été dispensées aux professionnels de chacune des spécialités touchées par la PRSA.

### **La participation des partenaires**

Selon les répondants, l'implication des partenaires est forte surtout à cause de la démarche d'élaboration et d'implantation. En fait, soulignent les répondants, il s'agit d'une programmation régionale qui a nécessité la participation de l'ensemble des acteurs régionaux à chacune des étapes du processus de l'élaboration à la mise en œuvre. Par exemple, le comité aviseur de la PRSA est composé de l'ensemble des directeurs généraux des 7 établissements de la région. Les cliniciens sont impliqués dans les différents comités de programme qui sont responsables de la détermination des orientations cliniques des

mesures de la PRSA. Quant au comité de gestion, il comprend des gestionnaires de projet qui proviennent de chacun des établissements impliqués dans la PRSA.

**Les nouveaux savoirs, les nouvelles attitudes et habiletés générées par l'implantation du modèle.**

Selon la plupart des planificateurs de la PRSA, le processus de l'élaboration et d'implantation de la PRSA a permis aux différents acteurs de santé de la région de travailler ensemble. Selon ces derniers, la PRSA a permis de développer des liaisons inter-établissements qui auparavant étaient peu développées.

Les gestionnaires, dans leur ensemble, ont souligné que l'expérience de la PRSA a amélioré la collaboration entre les acteurs régionaux. Pour le patient, cela se traduit par une fluidité dans la coordination des soins. « Le patient a toujours l'impression d'être suivi par une même équipe de soins ». Pour les établissements, l'implantation de la PRSA a facilité l'essor de nouveaux modes d'organisation du travail grâce à l'intensification des mesures visant une plus grande intégration des soins et des services offerts aux patients. La PRSA a également permis une meilleure connaissance du panier de services des autres établissements de la région, favorisant ainsi une meilleure complémentarité dans la définition du continuum de soins et services. Sur le plan régional, les gestionnaires mentionnent que la PRSA a permis la mise en place d'un cadre structuré de planification des besoins régionaux, une utilisation plus efficiente et des choix plus pertinents en matière de ressources matérielles, financières et humaines.

### **Les changements dans la pratique professionnelle**

Tous les répondants (gestionnaire et planificateurs de la PRSA) ont attesté que la PRSA, tel que conçue, nécessitait un changement dans les pratiques professionnelles pour être en mesure de produire les effets escomptés. Parmi ces changements, il y a le respect du continuum de soins tel que prescrit par les protocoles de soins et la responsabilisation d'une même équipe de soins tout au long de ce continuum. Par ailleurs, soulignent la plupart des gestionnaires, l'intensification des rapports entre les différents établissements de soins de la région a été nécessaire pour une meilleure optimisation des ressources disponibles. De plus, pour un suivi plus systématique du patient et une harmonisation des pratiques clinique, un partenariat étoffé entre les sept établissements de santé du territoire de Laval était requis.

Dans l'ensemble, les gestionnaires ont rapporté que, même si le déploiement de la PRSA a été suspendu, cela a permis un changement important dans la pratique des professionnels. Par exemple soulignent-ils, le continuum de soins élaboré dans les protocoles de soins est toujours utilisé par les professionnels dans plusieurs services. Par ailleurs, avec la PRSA, «on a véritablement amorcé le travail interdisciplinaire. Nos professionnels ont véritablement appris à compter l'un sur l'autre et ça, c'est un apport majeur ».

### **Les réactions des environnements interne et externe**

Pour les planificateurs de la PRSA, l'élaboration et la mise en œuvre de la PRSA ont bénéficié d'un appui important des acteurs de santé au niveau local, régional et ministériel. Mais, soulignent la plupart des gestionnaires, certains changements ont provoqué un ralentissement de l'implantation. Ces ralentissements successifs finissent par engendrer une

démobilisation qui compromet la poursuite des activités de déploiement. Les principaux changements soulevés sont en rapport avec 1) les orientations ministérielles qui ne sont pas toujours en harmonie avec les initiatives locales; et 2) les changements dans les structures de gestion principalement au niveau régional, mais aussi au niveau national.

En effet, soulignent les gestionnaires, les changements fréquents d'interlocuteurs à différents niveaux ont eu une influence sur l'évolution du projet.

De plus, la région de Laval a la particularité d'être une municipalité et une MRC ce qui facilite la concertation entre les différents acteurs de la santé. La programmation, de par la démarche de sa conception, offre les bases pour assurer la collaboration de l'ensemble des acteurs.

### **Le potentiel de généralisation**

Le potentiel de généralisation de la PRSA a été très peu exprimé par les répondants. Selon la majorité des gestionnaires, chaque région possède ses réalités et il serait difficile de transposer la PRSA comme telle. Par contre, ce qui est intéressant à exporter c'est la démarche. Sur ce point, c'est-à-dire la démarche d'élaboration et d'implantation de la PRSA, les répondants partagent le même point de vue. Pour eux, ce qui est plus important, c'est le consensus des acteurs sur les différents enjeux liés à l'offre de soins à l'échelle de la région.

### ***Résultats***

L'analyse des entrevues révèle que la PRSA a éprouvé des difficultés liées à l'influence des changements dans les structures dirigeantes du réseau de la santé, mais aussi des différentes réformes qu'a connu le système de santé. Cependant, il ressort aussi que, même si le déploiement de la PRSA a été suspendu, cela a permis aux principaux acteurs de santé de la région de Laval d'acquérir une expérience de réseautage, ce qui pourrait constituer un atout important dans la mise en place d'autres réformes.

### **L'influence du changement dans les structures dirigeantes du réseau**

La mise en réseau d'un groupe d'établissements administrativement indépendants pour offrir un ensemble de services à une population donnée demande de la part de chaque établissement, une structure souple et une rigueur opératoire. En la matière, l'implication des directeurs généraux des établissements partenaires du réseau « PRSA » a été nécessaire pour asseoir un leadership fort afin d'assurer la continuité du projet et atténuer les tensions politiques qui ont pût exister entre ses établissements. Par contre, de l'élaboration de la PRSA à son implantation, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a connu plusieurs nominations. Ces nominations à la tête du MSSS ont souvent engendré des agitations au sein du réseau « PRSA » quant aux orientations directrices.

*« La réorganisation perpétuelle dans le système de santé et le manque de continuité relativement aux politiques ont également contribué à nuire à la mise en œuvre de la PRSA. » (P<sub>2</sub>)*

*« Le changement d'interlocuteurs à différents niveaux a eu une influence sur l'évolution du projet. Or, une programmation de cette ampleur nécessite un certain climat de confiance et une cohérence dans les discours et la direction à suivre »*  
(G<sub>4</sub>)

De plus, les répondants ont mentionné que la plupart du temps, chaque nouveau responsable avait sa vision et ses principes de fonctionnement, ce qui pouvait ne pas nécessairement être compatible avec les orientations des projets en cours. Cela provoque donc une perte de vigilance sur le projet et une modification de l'agenda des priorités.

*« Il faut signaler que le plus souvent, chaque responsable veut être initiateur de ses propres projets et les mener à bout plutôt que de s'approprier les projets initiés par les prédécesseurs dont il n'a pas toujours une meilleure vision et une bonne compréhension. »* (G<sub>1</sub>)

Par ailleurs, même si le nouveau gestionnaire en place s'alignait sur les projets en cours, on pourrait noter un ralentissement, le temps que ce dernier prenne connaissance de leur contenu, se fasse une idée de leur pertinence avant de décider.

*« Le problème de l'échec de la PRSA n'est pas une question de mise en œuvre. Par contre, ce qui n'a pas aidé c'est que les responsables qui se sont succédé n'ont pas une idée claire de ce qu'est la PRSA et de ce qui doit être fait. Dans ce cas, il est difficile de concentrer les efforts sur la mise en œuvre quand la stratégie n'est pas claire. »* (G<sub>4</sub>)

De même, si des changements interviennent dans la structure dirigeante au niveau ministériel ou régional, il faudrait à nouveau convaincre la nouvelle équipe de la pertinence

et du bien-fondé des projets en cours. Ce qui engendrerait des délais supplémentaires dans le déploiement des activités.

*«Les gestionnaires de la région de Laval devraient donc constamment convaincre les nouvelles instances politiques du bien-fondé de la PRSA. Ceci entraîne inévitablement des délais et des coûts non prévus.» (P<sub>2</sub>)*

Les différents changements dans les structures dirigeantes du réseau ont eu pour conséquence de ralentir le déploiement de la PRSA, soit parce qu'il faut convaincre les nouveaux acteurs en place, soit parce qu'il faut qu'ils se réapproprient le projet.

### **L'impact des fusions et la création des réseaux locaux sur l'implantation de la PRSA**

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services dans le but de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agira comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local. Ainsi, les différents intervenants offrant des

services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local devront partager collectivement la responsabilité envers cette population.

En fusionnant tous les établissements de Laval, cela favoriserait une meilleure intégration. Or, sur le terrain, plusieurs tentatives de réorganisation étaient en cours pour faciliter l'organisation en réseau de l'offre de service. Ces initiatives n'ayant pas été prises en compte dans les stratégies de fusions, ont engendré une turbulence et une instabilité fonctionnelle des initiatives locales.

*« Le raisonnement qui a conduit à la fusion des établissements est basé sur la logique que les établissements ne collaboraient pas entre eux, sinon très peu. C'est-à-dire qu'ils fonctionnaient en silos et qu'ils avaient chacun leur chasse gardée. Mais cela n'a pas vraiment tenu compte de ce qui se faisait dans notre région par exemple. » (P<sub>4</sub>)*

L'élaboration des différentes mesures cliniques de la PRSA est basée sur la revue des façons de faire existantes, la recherche de meilleures pratiques, l'élaboration de scénarios de dispensation des services et l'uniformisation des pratiques entre les établissements. De ce fait, la PRSA affecte directement les pratiques cliniques et organisationnelles et sollicite la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et le développement d'une culture de coopération et de collaboration.

Par ailleurs, le découpage des épisodes de soins en trois volets (pré-hospitalier, hospitalier et post-hospitalier) requiert des mécanismes de coordination et de suivis efficaces. Parce qu'elle brise les barrières entre les établissements, la PRSA exige une redéfinition des rôles, des responsabilités et des relations d'influence. Ces changements organisationnels,



importants pour les établissements du réseau lavallois, modifient alors les structures de gestion et l'organisation du travail.

Pour appuyer le changement engendré par l'implantation de la PRSA, la formation à de nouvelles compétences a été un élément important. En effet, au fur et à mesure de l'évolution de la mise en œuvre de la PRSA, une formation clinique est dispensée aux différents professionnels touchés par chacune des mesures de la PRSA. Or, la réorganisation engendrée par la fusion de 2004 a eu pour conséquence la perte de la structure du projet PRSA notamment les comités de gestion et de programmes. Du coup, tous les mécanismes de coordination et de mise à jour des procédures ont été perdus.

*« Avec la fusion des établissements, toutes les actions des dirigeants de la région étaient focalisées sur la gestion des fusions. Plusieurs ressources ont été mobilisées et la structure du PRSA a été démantelé tout simplement » (G<sub>6</sub>)*

La création des réseaux locaux de santé a engendré une perte de la structure du projet PRSA. Or, le volet clinique de la PRSA est structuré autour de 13 programmes dont la mise en œuvre consiste en l'application de 88 mesures cliniques traduites en protocoles. Ces protocoles sont conçus pour guider et structurer la prise en charge des patients. Ils sont élaborés par un comité de programmation. Ce comité est chargé de préciser de façon opérationnelle le cheminement clinique des patients dans un épisode de soins. Avec la création des réseaux locaux, on a assisté à une réorganisation de l'offre de soins. Désormais, les 88 mesures ont laissé place à des programmes clientèles. Même si ces programmes clientèles intègrent les différents protocoles de la PRSA, elles ne bénéficient

plus de l'appui du comité de programmation de la PRSA. Il s'ensuit alors que les protocoles ne sont plus systématiquement mis à jour.

La PRSA réunit sept établissements de santé qui doivent travailler ensemble pour offrir un continuum de soins. Vu la taille de la PRSA, les diverses fluctuations ont occasionné de lourdes conséquences pour la relance des activités. En effet, dans un climat d'incertitude et de mutation, les établissements et les professionnels impliqués dans la programmation s'attèlent plutôt à s'adapter au mieux aux nouvelles conditions de travail imposées par les fusions qu'à s'impliquer davantage dans la PRSA qui demande d'importants efforts de coordination.

Dans l'ensemble, les opinions concernant les fondements et la justesse de la programmation sont très favorables. Cependant, les répondants estiment que le contenu de certaines mesures implantées dans le cadre de la PRSA est devenu désuet. Pour relancer ces mesures, il faudrait prévoir un déploiement de mécanismes de mise à jour des directives contenues dans les protocoles.

*« Les protocoles sont actuellement exécutés au cas par cas et selon les nuances proposées par le médecin traitant. Une telle situation est contraire à la logique de la PRSA. » (P<sub>3</sub>)*

En effet, la PRSA a prévu, au niveau stratégique, un comité aviseur composé des directeurs généraux et le comité des présidents de chacun des 13 programmes de la PRSA. Ces comités ont joué un rôle important en se prononçant sur les enjeux stratégiques et sur les orientations organisationnelles du projet. Ils ont facilité le développement d'une alliance stratégique entre tous les partenaires afin de réaliser un véritable réseau de services

intégrés. Ils fournissaient aussi des conseils sur les orientations cliniques du projet et sur son évolution.

Au niveau tactique, un comité de gestion permettait de soutenir l'implantation des mesures de la PRSA. Ce comité s'assurait de l'application des orientations du projet, des moyens préconisés pour la mise en œuvre et l'articulation entre les priorités du projet régional et celles des établissements. En ce sens, il a facilité la mise en œuvre et assuré le soutien au monitoring de l'implantation à l'évaluation et à l'évolution des mesures de la PRSA.

Un gestionnaire de projet PRSA a été nommé par chacun des établissements participants. Ce gestionnaire joue un rôle pivot dans l'arrimage des principes directeurs du projet régional et des missions propres aux établissements impliqués. Il exerçait un leadership dans le développement et l'intégration de la vision réseau et son articulation avec les partenaires tout en demeurant axé sur les besoins de la clientèle. Il participait à la programmation, la mise en œuvre et l'évolution des différents programmes; et coordonnait le déploiement interne ainsi que le suivi des différentes mesures et contribue au processus d'évaluation et d'évolution du projet.

Le volet participation, par la mise en place de comités cliniques et le volet formation ont été les pierres angulaires pour supporter l'implication des cliniciens et des gestionnaires clinico-administratifs. Les comités de programmes regroupaient les cliniciens responsables de la réalisation des travaux pour la détermination des orientations cliniques de chaque nouveau service, et ce, pour l'ensemble des programmes. Ces comités ont précisé, de façon plus opérationnelle, le cheminement clinique des patients dans les épisodes de soins. Les comités de programmes sont chargés de déterminer les paramètres pertinents aux fins de

l'évaluation des mesures et de l'informatisation des outils cliniques. Ils ont collaboré aussi à la formation clinique des intervenants. Fréquemment, des sous-comités réunissant divers intervenants et spécialistes ont été créés pour préciser la nouvelle trajectoire clinique du patient que constituent les épisodes de soins entre les dispensateurs de services.

La direction de la PRSA était, quant à elle, responsable de l'actualisation des orientations régionales du projet pour l'ensemble de ses champs d'intervention. Elle assumait un rôle de conception, d'intégration, d'habilitation, d'animation et de soutien au suivi de la PRSA. Elle travaillait en étroite collaboration avec le comité de gestion.

L'impact de la création des réseaux locaux sur la PRSA incite à une réflexion sur l'organisation du système lui-même. La régionalisation de la politique de santé doit être effective parce que certaines démarches et projets peuvent être très différents selon les secteurs géographiques.

### **Que reste-t-il donc de la PRSA : la valeur ajoutée ?**

Malgré les interférences qui ont entraîné la suspension du déploiement de la PRSA, celle-ci a cependant facilité l'implantation des réseaux locaux de santé. L'implantation de la PRSA comme levier de développement des services ambulatoires a permis à tous les intervenants de la région de Laval de se donner une compréhension commune du modèle d'organisation des services ambulatoires et à voir ce modèle comme une solution capable d'assurer l'atteinte des objectifs fixés. Les années de déploiement de la PRSA ont permis aux différents établissements participants de développer une culture de travail concerté pour

l'aboutissement d'objectifs communs. Comme telle, la région de Laval a bénéficié de ces acquis qui ont été capitalisés dans l'implantation des réseaux locaux de santé.

*« Aujourd'hui, nous pensons que l'implantation du réseau local est assez avancée dans la région de Laval ; ce qui est une conséquence directe des acquis de la PRSA parce que nous avons appris à nous connaître et à travailler ensemble » (G<sub>3</sub>)*

*« ...La région a une longueur d'avance dans la mise en place d'une logique de réseau puisque l'expérience de travail en réseau est déjà acquise chez une grande partie de nos gestionnaires, de nos médecins et de nos professionnels. » (P<sub>1</sub>)*

En guise de synthèse, la politique de fusions des établissements de santé a vraiment perturbé l'implantation de la PRSA. Cette perturbation est fondamentalement due à la perte de la structure que s'est donnée la PRSA pour faciliter son implantation. Par contre, la logique de coordination et d'intégration instaurée par la PRSA a facilité cette fusion. Aussi, sur le plan clinique, les intervenants cliniques ont continué d'utiliser les outils cliniques élaborés par la PRSA, mais la perte de la structure du projet ne permet ni un suivi dans leur utilisation ni leur mise à jour.

### ***Discussion***

Les conclusions de cette étude proviennent du point de vue des planificateurs de la PRSA et des gestionnaires actuels responsables de l'organisation des soins à Laval. Le point de vue des responsables cliniques aurait permis de comprendre les changements de pratiques professionnelles engendrés par la PRSA et examiner comment la suspension de la PRSA se manifeste dans les soins dispensés aux patients. La prise en compte du point de vue des

cliniciens aurait également permis d'examiner le fondement et la justesse des protocoles adoptés dans la PRSA et d'apprécier ce qui a été éventuellement perdu suite à la suspension du déploiement de la PRSA. Par ailleurs, il a été difficile de retracer plusieurs des principaux acteurs de la PRSA mais, avec la collaboration des gestionnaires de Laval et certains acteurs impliqués dans la PRSA, il a été possible de rencontrer des acteurs clés au cœur de la conception de la PRSA. Même si l'expérience de la PRSA a été entreprise il y a de cela quelques années, force est de constater que les personnes que nous avons rencontrées, se souviennent très bien de la démarche de sa conception principalement en raison de leur implication.

Les résultats de l'étude ont permis de mettre en évidence que, parfois, l'interférence de plusieurs interventions peut compromettre l'organisation et la dispensation des soins et services de santé. Les résultats de cette recherche soulèvent toute la question de la capacité des organisations publiques et particulièrement les organisations de santé à opérer des changements et à les maintenir au cours du temps dans un environnement complexe et changeant.

La discussion sur les enjeux soulevés dans cet article s'articulera autour de deux groupes de facteurs. Il s'agit des facteurs liés aux jeux de pouvoir des différents acteurs au sein de l'organisation et la (re)centralisation de l'État dans les organisations publiques.

#### - **les jeux des acteurs**

La programmation régionale de services ambulatoire est une transformation mettant en présence des organisations professionnelles complexes comme un hôpital, un centre

hospitalier ambulatoire, des CLSC et un hôpital de réadaptation. Une transformation de cette envergure et de longue portée nécessite la création d'un climat de confiance, une certaine complémentarité entre les acteurs, une harmonie et une cohérence dans les discours et la direction à suivre. Le jeu des acteurs revêt donc un caractère particulier dans la mise en place des innovations dans les organisations.

Les facteurs liés aux jeux des acteurs sont en rapport avec les stratégies de ces derniers face au changement. Les jeux de pouvoir des acteurs à l'intérieur des organisations s'inscrivent dans une approche volontariste des mécanismes de transformation des organisations. Cette approche volontariste met l'accent sur le rôle prépondérant des choix stratégiques de l'acteur comme facteur de transformation de l'organisation. Dans cette logique, les facteurs internes deviennent les réels moteurs du changement organisationnel. En effet, les organisations de la santé sont des bureaucraties professionnelles caractérisées par un pouvoir décisionnel centralisé, une coordination par la formalisation du comportement, une normalisation du travail, de même qu'une spécialisation horizontale et verticale des tâches (Mintzberg, 2004). Dans ces types d'organisations, la formalisation et la normalisation des tâches deviennent donc très problématiques parce que les professionnels possèdent une expertise issue de plusieurs années de formation. De là, le pouvoir décisionnel devient plus décentralisé, à cause de l'autonomie de ces professionnels qui détiennent un pouvoir substantiel dans l'offre des soins. Ainsi, la spécialisation des tâches, le professionnalisme, la différenciation verticale, la centralisation de la prise de décision, l'attitude des gestionnaires face au changement, l'intensité administrative, la disponibilité des ressources

et les communications externes ont une influence significative sur l'adoption des innovations et leur institutionnalisation (Damanpour, 1991; Hage, 1999).

L'appui des parties impliquées s'avère être un facteur essentiel à examiner dans les périodes du changement. Les parties impliquées sont les groupes d'acteurs qui influencent les orientations et l'évolution de l'organisation (Rondeau, 1999). Plus ces groupes d'acteurs supportent le changement proposé et le considèrent légitime, plus grandes sont les chances de son adoption et de son implantation. Ce qui contribue alors à son institutionnalisation.

Dans le cas de la PRSA, l'implication des différents acteurs du réseau lavallois de la santé a fortement soutenu le développement et l'implantation de la programmation. Mais, les différentes fluctuations dues aux changements des équipes dirigeantes du réseau (au niveau national notamment), les nouvelles orientations du système de santé (fusion des établissements, création des réseaux locaux de la santé) ont créé une incertitude auprès des acteurs de la santé de la région de Laval.

L'inadéquation attention aux barrières et aux facilitateurs de l'acceptabilité de nouvelles pratiques dans les organisations est également reconnue comme l'une des contraintes à l'institutionnalisation du changement (Hagedorn et al., 2006). Or, ces barrières et facilitateurs interviennent parfois même avant l'adoption du changement, c'est-à-dire avant la mise en œuvre à proprement dite du changement. Selon Kitson (2009), l'adoption d'une innovation est plus efficace quand la stratégie d'implantation implique les différents détenteurs d'enjeux dans la gestion des ressources humaines et matérielles ainsi que la gestion des contraintes environnementales. Mais en même temps, plus le nombre de



détenteurs d'enjeux est élevé, plus on est en présence de différents buts et valeurs à réconcilier pour promouvoir le changement, ce qui complique l'implantation et l'institutionnalisation d'une innovation (Peltokorpi, Alho, Kujala, Aitamurto & Parvinen, 2008). Mais, dans le cas de la PRSA, les principaux détenteurs d'enjeu ont su s'entendre sur la nature des problèmes de la région et les solutions à y apporter. Plusieurs comités de gestion impliquant les acteurs concernés ont été mis en place pour structurer et valider les orientations de la PRSA.

#### - **La (re)centralisation de l'État**

Les organisations de santé font face à une compétition en vue de l'accès aux ressources, mais cette compétition serait accentuée par les croyances et les normes professionnelles. De plus, les principales sources d'influence dans le domaine des organisations de santé seraient de natures normative et autoritaire (Scott, 1990). Le pouvoir d'autorité du ministère de la santé sur les établissements de santé et la rigidité des politiques de reddition de compte laissent très peu de place aux initiatives locales d'implantation et d'adoption d'innovation. En effet, dans les établissements de santé, une priorité est toujours accordée aux orientations ministérielles. A cet effet, plusieurs analystes défendent l'idée selon laquelle le changement dans les systèmes de soins gagnerait à être introduit à travers des stratégies de changement participatives et décentralisées (Denis & Langley, 2002; Lamothe, 2002; Mintzberg, 2002; Minvielle & Contandriopoulos, 2005; Touati, Denis, Contandriopoulos & Béland, 2005). Une telle posture inciterait plus à tenir compte des réalisations et des spécificités locales.

### ***Conclusion***

Dans les réformes structurelles, on a centralisé, on a fusionné et on a intégré dans le but de corriger les défaillances supposées des systèmes de santé. Mais ces changements ont été faits sans tenir compte des insuffisances des systèmes centralisés ou intégrés. Dans les organisations publiques particulièrement celles de la santé, l'État voudrait être en mesure d'anticiper tous les problèmes de dysfonctionnements. Or, la multitude des valeurs et des perspectives présentes dans les systèmes de santé rendent inévitables de telles situations. Dans toute action collective, ces situations conflictuelles sont parfois souhaitables pour permettre une remise en question, une transformation des pratiques et l'émergence d'opinions plus justes et pertinentes.

L'expérience de la PRSA permet de montrer que le consensus des principaux détenteurs d'enjeu dans un processus d'innovation est un élément favorable pour mettre en place des changements dans les organisations. Dans le cadre des réseaux locaux de santé, ces détenteurs d'enjeu sont constitués par l'ensemble des acteurs de la santé qui interviennent sur le territoire à desservir par le réseau local. Par ailleurs, il convient aussi de retenir que les orientations ministérielles pour être plus pertinentes doivent tenir compte des réalisations et des acquis de chacun des milieux auxquelles ces orientations sont destinées.

## *Références*

- Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe, J., Bradley, M., Mariathasan, J. & Samele, C. (2008). The impact of engaging leadership on performance, attitudes to work and well-being at work: a longitudinal study. *Journal of Health Organization & Management*, 22(6), 586-598.
- Alter, C. & Hage, J. (1993). *Organizations working together*: Sage Publications (Newbury Park, Calif.) 342 p.
- Beer, M. & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133-141.
- Benbasat, I., Goldstein, D. K. & Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. *MIS Quarterly*, 11(3), 369-386.
- Bone, L. & Shediak-Rizkallah, M. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108.
- Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C. & Callan, V. J. (2004). Uncertainty during organizational change: Types, consequences and management strategies. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 507-532.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J., Lamont, S., Neath, A. & Whitby, E. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205.
- Cassidy, E. F., Leviton, L. C. & Hunter, D. E. K. (2006). relationship of program and organizational capacity to program sustainability: What helps program survive? *The Evaluation and Program Planning*, 29(2), 149-152.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission des soins de santé au Canada: bulletin 39. 47p.
- Champagne, F., Leduc, N., Bilodeau, H., Blais, R., Clapperton, I., Lehoux, P., Rivard, M., Sicotte, C. & Goyette, P. (2001). Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval. Montréal: Université de Montréal.

- Dagenais, C., Desbiens, F. & Joubert, P. (2005). L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de gestion du changement. *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3), 1-17.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academic Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Denis, J. L. (2004). Governance and Management of Change in Canada's Health System. In P. G. Forest, G. P. Marchildon & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (pp. 82-114): University of Toronto Press.
- Denis, J. L. & Langley, A. (2002). Faut-il changer nos façons de changer? . *Revue Gestion*, 27(3), 151-153.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal. 142p.
- Falconer, L. (2006). Organizational learning, tacit information, and e-learning: a review. *The Learning Organization*, 13(2), 140-151.
- Fernandez, S. & Rainey, H. G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review* 66(2), 168-176.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E. & Hawkins, C. (2003). Innovation in Health Care : how does credible evidence influence professionals ? *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 219-228.
- Golden, B. (2006). Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10(Special Issue), 10-19.
- Hage, J. T. (1999). Organizational innovation and organisational change. *Annu. Rev. Sociol.*, 25(7), 597-622.
- Hagedorn, H., Hogan, M., Smith, J. L., Bowman, C., Curran, G. M., Espadas, D., Kimmel, B., Kochevar, L., Legro, M. W. & Sales, A. E. (2006). Lessons Learned about Implementing Research Evidence into Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2), S21-24.
- Harrison, M. & Kimani, J. (2009). Building capacity for a transformation initiative: System redesign at Denver Health. *Health Care Management Review*, 34 (1), 42-53.
- Higgs, M. J. & Rowland, D. (2001). Building change leadership capability: The quest for change competence. *Journal of Change Management*, 1(2), 118-130.

- Kiefer, T. (2005). Feeling bad: Antecedents and consequences of negative emotions in ongoing change. *Journal of Organizational Behavior*, 26(8), 875-897.
- Kieser, A. & Koch, U. (2008). Bounded Rationality and Organizational Learning Based on Rule Changes. *Management Learning*, 39(3), 329-347
- Kitson, A. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 217-228.
- Lamarsh, J. & Potts, R. (2004). Sustain the Change. *Industrial Management*, 46(3), 4-19.
- Lamothe, L. (2002). Le recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Revue Gestion* 27(3 ), 23-30.
- Lehr, J. K. & Rice, R. E. (2002). Organizational Measures as a Form of Knowledge Management: A Multitheoretic, Communication-Based Exploration. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53(12), 1060-1073.
- Mintzberg, H. (2002). Managing care and cure-up and down, in and out. *Health Services Management Research*, 15(3), 193-200.
- Mintzberg, H. (2004). *Le Management. Voyage au centre des organisations* (2e éd ed.). Paris, Les Éditions d'Organisation. 703p.
- Minvielle, E. & Contandriopoulos, A. P. (2005). La gestion du changement : quels enseignements tirer d'opérations de restructuration hospitalière ? *Revue Française de Gestion*, 150 (30), 29-53.
- Nutley, S., Walter, I. & Davies, O. (2007). Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms From Cross-Sector Review. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 552-559.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd edition ed.). CA: Sage Publications, 700p.
- Peltokorpi, A., Alho, A., Kujala, J., Aitamurto, J. & Parvinen, P. (2008). Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5), 418 - 434.
- Pluye, P. & Potvin, L. (2004). Making Public Health Program Last: Conceptualizing Sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133.

- Rondeau, A. (1999). Transformer l'organisation: vers un modèle de mise en œuvre. *Gestion*, 24(3), 148-157.
- Scott, R. W. (1990). Innovation in medical care organizations : A synthetic review. *Medical Care Review*, 47(2), 165-192.
- Smith, M. E. (2003). Changing an organisation's culture: correlates of success and failure. *Journal of Leadership & Organization Development* 24(5), 249-261.
- Storey, J. & Buchanan, D. (2008). Healthcare governance and organizational barriers to learning from mistakes. *Journal of Health Organization and Management*, 22(6), 642 - 651.
- Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A. P. & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale ? *Sciences sociales et santé*, 23(2), 75-102.
- Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D. A. & Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly*, 12(1), 89-96.
- Walsham, G. (2006). Doing interpretive research. *European Journal of Information Systems*, 15(3), 320-330.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (Fourth Edition ed.): SAGE Publications. California. 240p.

## **CHAPITRE 8 : Conclusion générale**

La dernière partie de cette thèse est pour nous l'occasion de revenir sur les principales étapes de la recherche que nous avons présentées et d'en discuter quelques points et perspectives importantes.

### ***8.1 Bref rappel de la démarche méthodologique***

La démarche de recherche adoptée dans cette thèse repose sur une étude de cas. Le cas à l'étude est la PRSA. Selon les questions de recherche, différentes approches de recherche ont été utilisées dans le souci d'adopter pour chacune de nos préoccupations sur le cas à l'étude, les outils méthodologiques les plus adéquats.

L'analyse du bien-fondé de la PRSA a été faite à partir d'une revue intégrative de la littérature permettant d'examiner la plausibilité des principales hypothèses soutenues par le modèle de la PRSA. Quant à l'analyse des effets de la PRSA, elle est basée sur une approche quasi expérimentale. Les régions de comparaison ont été choisies pour leur profil sociodémographique comparable au groupe expérimental (Laval). Le groupe expérimental et les groupes témoins sont tous situés en périphérie de Montréal. Pour réduire les biais possibles liés au groupe expérimental, nous avons retenu 3 groupes de comparaison. Les mesures retenues pour cette évaluation sont celles dont le déploiement est intervenu très tôt dans l'implantation de la PRSA et présente une volumétrie élevée permettant de présumer de l'utilisation des services. Les mesures retenues ont un niveau de mise en œuvre jugé très satisfaisant suite à l'analyse d'implantation réalisée en 2002 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002). Les données utilisées proviennent de la base de

données MEDECHO. À partir de MEDECHO, il est possible d'obtenir une classification des données hospitalières fiables, couvrant de façon exhaustive toute la clientèle hospitalisée en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (Blais, Haddad & Fournier, 2001).

La recherche synthétique de cas a été utilisée pour expliquer l'évolution de la PRSA. Les entrevues que nous avons réalisées ont permis de cerner différents points de vue sur cette évolution. Plusieurs auteurs soutiennent d'ailleurs que les entrevues sont une des sources de données les plus importantes dans une étude de cas (Benbasat, Goldstein & Mead, 1987; Yin, 2009) et plus encore dans les études visant à cerner la réalité en fonction de la perception des individus (Klein & Myers, 1999; Walsham, 2006). Les entrevues permettent plus facilement d'aller chercher le sens que donnent les acteurs à leurs actions et à l'environnement dans lequel ils évoluent. Au total 10, entrevues ont été conduites dont 4 auprès de l'équipe de conception de la PRSA et 6 auprès des responsables actuels chargés de la programmation des services. La principale limite dans cette partie de notre recherche réside dans le fait que nous n'avons pas mené des entrevues avec les professionnels afin de comprendre les implications cliniques liées à la suspension de la PRSA.

Dans la littérature sur le changement, il existe une multitude de modèles théoriques qui n'offrent (individuellement), qu'une vision parcellaire des déterminants du changement. Pour cela nous avons opté pour l'approche émergente de Patton (2002) pour cerner toutes les explications possibles à l'évolution de la PRSA, cela permet de fournir une explication plus globale capable de saisir l'ensemble des facteurs explicatifs de l'évolution de la PRSA.



## ***8.2 Synthèse de la recherche et discussion des résultats***

Dans cette section, nous proposons de faire un retour sur les différents éléments de la thèse à savoir l'analyse du bien-fondé de la PRSA, ses effets et l'institutionnalisation du changement.

### **8.2.1 Le bien-fondé de la PRSA**

Cette recherche a permis de mettre en lumière la valeur ajoutée de la PRSA dans la planification et l'organisation régionale des soins de santé. À travers la conceptualisation de l'objet de l'étude (la PRSA), nous avons démontré qu'il s'agit d'une programmation qui s'inspire de l'approche populationnelle, des stratégies d'intégration des soins et de case management. L'approche populationnelle adoptée a permis de bien cibler les besoins des populations du territoire à desservir. La PRSA est donc un modèle de « case management » basée sur une approche populationnelle. Comme il a été souligné dans le premier article, la combinaison de stratégie de réseaux intégrés de soins, de case management et d'approche populationnelle dans la PRSA sont trois éléments essentiels en faveur de la consolidation d'un réseau régional de soins capable d'accroître l'accessibilité et la coordination des soins.

#### ***Réseau intégré de soins***

Depuis le début des années'90, l'intégration des soins a été présentée comme le modèle d'organisation des systèmes de santé qui devrait permettre d'améliorer la coordination des soins entre les différents prestataires de soins. Selon Robinson & Casalino (1996), dans un système de santé où les groupes de professionnels et les établissements sont autonomes et parfois antagoniques, les efforts d'intégration devraient produire des effets évidents. Ces

effets incluent une meilleure identification des besoins, une meilleure coordination, un meilleur suivi, la promotion de l'accès à des services complexes, une meilleure planification des services dans le temps, une diminution des coûts et une diminution des duplications des rôles entre les niveaux de services. Ces avantages devraient permettre d'assurer la continuité des soins, peu importe le lieu de dispensation des soins (Gittell & Weiss, 2004; Robinson & Casalino, 1996). Pour le patient, cela se traduit par une l'amélioration de sa qualité de vie et de son statut fonctionnel. L'intégration clinique au niveau régional nécessite un mécanisme d'élaboration et d'implantation de protocoles de soins pour la prise en charge de certaines conditions particulières de santé. En mettant l'accent sur les modèles de case management, la PRSA offre une démarche d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, susceptible de diminuer les variations des pratiques de soins, et opte pour une vision globale et intégrée des soins. Soulignons également que l'intégration clinique est intrinsèquement liée au système d'information. Au niveau régional, un système informatisé axé sur le patient permet une meilleure coordination des soins. En la matière, le système d'information de la PRSA (SI-PRSA) soutient la mise en place des programmes de services ambulatoires de la région de Laval et permet un suivi des patients inter-établissements (CLSC, CH et cliniques privées).

Le modèle de fonctionnement en réseau intégré de soins fait inévitablement appel à des mécanismes de collaboration entre les professionnels et les différents organismes impliqués dans le réseau. Les communautés de pratiques ont à travailler ensemble pour développer des approches efficaces pour répondre aux besoins des populations (Andrew, Tolson & Ferguson, 2008; Berwick, 2005, 2008). Les mécanismes de collaboration à mettre en place

sont confrontés à trois enjeux principaux dans l'organisation de soins de santé : des soins et services centrés sur le patient, ses besoins et ses préférences en matière de services; un changement de paradigme en passant des soins fragmentés vers des soins intégrés axés sur des données probantes; et enfin, une approche qui tient compte des pressions sur les ressources économiques, matérielles, et humaines disponibles dans les organisations de santé (Lega & DePietro, 2005). C'est en cela fondamentalement que la PRSA constitue un intérêt certain pour la conceptualisation des réseaux intégrés de soins. En effet, dans la notion de réseau intégré de soins, on sous-entend la réponse aux besoins de santé de la population, la coordination et l'intégration des soins à travers un continuum, l'utilisation d'incitatifs financiers et d'une structure organisationnelle qui orientent la direction, la gestion des médecins et autres professionnels vers des buts communs.

La mise en place des réseaux intégrés de soins peut éprouver plusieurs difficultés liées aux barrières qui y sont associées. Les barrières à la mise en place de tels réseaux sont la réticence à rechercher l'avis et apprendre des autres; l'incapacité à chercher et trouver l'expertise; la réticence à aider; et, l'incapacité à travailler ensemble en se partageant les connaissances (Hansen & Nohria, 2004).

En établissant des liens avec les ressources de la communauté, la PRSA tente d'améliorer la performance dans la prise en charge des maladies. En effet, les conditions socio-économiques ou environnementales sont les principales causes des facteurs de risque des maladies. Ce qui explique l'attention sans cesse croissante accordée au rôle du patient et de son entourage dans la prévention et la gestion de la maladie. Le rôle du CHARL dans la stratégie d'une programmation axée sur l'ambulatorio est à propos en ce sens qu'il assure la

coordination des services ambulatoires qui sont orientés vers le renforcement de la contribution des patients et de leur entourage. La transition entre une hospitalisation et le domicile est un moment particulièrement délicat dans la trajectoire d'un patient. Il est donc essentiel que, dans le cadre d'une gestion intégrée des soins entre l'hospitalier et l'ambulatoire, on s'intéresse à développer et valider des interventions simples qui permettent, non seulement d'assurer la continuité entre l'hôpital et l'ambulatoire, mais surtout des interventions pour améliorer les connaissances du patient au sujet de sa maladie et des facteurs de risque (Simonet, 2005).

### ***Case management***

L'adoption des modèles de case management dans la PRSA a impliqué un fonctionnement interdisciplinaire dans les équipes de soins et inclut une évaluation standardisée de la condition de santé, une planification des soins à l'intérieur d'un cadre normatif, une offre de services de nature biopsychologique qui sont reconnus scientifiquement efficaces pour le problème identifié, une coordination dans un contexte d'interface entre les programmes et dans un réseau intégré de services, un suivi rigoureux du plan d'intervention et une évaluation continue permettant d'assurer que le patient recevra des services adéquats et efficaces aux bons moments.

Les modèles de case management ont d'ailleurs été suggérés par plusieurs auteurs comme des stratégies innovatrices pour faciliter l'amélioration de la qualité de vie des patients, la réduction du séjour hospitalier, l'optimisation des capacités du patient et la satisfaction du patient et des professionnels impliqués dans l'offre de soins (Lee, Mackenzie, Dudley-Brown & Chin, 1998; Long, 2002). Dans une stratégie de case management, un processus

est mis en place pour orienter le patient tout au long de sa trajectoire et faciliter un continuum de soins plus efficace et acceptable (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009). De plus, dans un système intégré de soins, les soins sont donnés avec la collaboration optimale de tous les professionnels impliqués. Ces soins sont basés sur des évidences scientifiques et permettent d'assurer une amélioration continue de la qualité (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenberg & Wistow, 2003). Selon Ouwens et al. (2005), les interventions pour améliorer les soins intégrés incluent le soutien et l'éducation du patient afin de le rendre plus actif dans la gestion de sa maladie ; des mécanismes de suivi clinique et de gestion de cas ; la mise en place d'une équipe multidisciplinaire et une approche de soins basée sur les évidences.

Dans les protocoles élaborés dans le cadre de la PRSA, le patient, selon ses conditions de santé, est orienté vers des activités physiques (en groupe ou à domicile) et ou des séances d'enseignement sur les facteurs de risque. Cette approche correspond à l'appui à l'autogestion que prône le Chronic care model (CCM) développé par Wagner et al. (2003). Selon ce modèle, il s'agit de mettre en place un certain nombre de ressources éducatives pour augmenter les connaissances, la confiance et les aptitudes du patient dans la prise en charge de sa maladie. Aussi, tout programme de prise en charge doit-il mettre en place des dispositifs pour faciliter les modifications de comportements souhaitées.

Wagner et al. (2005) stipulent également que des directives et des protocoles fondés sur l'expérience doivent être intégrés à la pratique. Il s'agit, selon les auteurs, d'intégrer l'expertise clinique des généralistes et des spécialistes dans le but de maximiser la

coopération et l'application de l'expertise clinique. Les 88 mesures qui constituent la PRSA sont supportées par un protocole de soins pour structurer et guider les prises de décisions.

Dans une recension des écrits sur les avantages du case management comme mode d'organisation de services de soins (Nolan, Harris, Kufta, Opfer & Turner, 1998), 10 bénéfices sont associés à l'utilisation des approches de case management. Parmi ces dix bénéfices, huit sont reliés aux aspects structurels et deux en faveur du patient et de sa famille. Les bénéfices qui concernent l'organisation des services sont : une meilleure identification des besoins, une meilleure coordination, un meilleur suivi, la promotion de l'accès à des services complexes et rationnés, une meilleure planification des services dans le temps, une diminution des coûts et une diminution des duplications des rôles entre les niveaux de services. Les bénéfices pour le patient sont reliés à l'amélioration de la qualité de vie et du statut fonctionnel (Nolan et al., 1998).

### *Approche populationnelle*

L'approche populationnelle mise de l'avant dans la PRSA réfère plus spécifiquement à sa dimension géographique qui vise à confier une responsabilité clinique et financière à un réseau défini, pour une population d'un territoire bien définie. Cette approche supporte une offre de service globale à un coût raisonnable, une hiérarchisation appropriée des services et la mise en œuvre des mécanismes de standardisation et de coordination. Enfin, la logique de virage ambulatoire dans la PRSA est une stratégie orientée vers les utilisateurs et inspirée des modèles centrés sur le patient.

Avec la mise en place des réseaux de soins où les différents acteurs de la santé d'un territoire donné partagent une responsabilité collective envers la population, la

responsabilité populationnelle est considérée en tant que principe premier devant guider l'action des différents acteurs en santé. Il s'agit d'une responsabilité partagée collectivement entre les différents intervenants du réseau intégré de soins pour réaliser une approche systémique afin de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble.

Comme la PRSA, les modèles de soins axés sur la communauté ont tenté de combiner les principes de base de la santé avec ceux des soins primaires et élargissent ainsi le champ des soins individuels à la communauté. Elle implique une base théorique holistique qui voit la maladie et la santé comme l'interaction de déterminants environnementaux, spirituels, psychologiques et biophysiques. Cette approche, importante pour la prévention primaire et secondaire, a été ciblée pour gérer les enjeux de coûts, d'accès et de qualité de soins.

En adoptant une approche populationnelle, les stratégies pour gérer les coûts pour une population définie peuvent avoir des impacts positifs pour les patients (Katon et al., 1997). L'approche populationnelle offre une façon novatrice d'envisager les soins pour les patients avec une condition spécifique. Le concept de soins populationnels est intrinsèque à la santé publique et peut être assimilé au courant du community based care (Katon et al., 1997). Le but est d'améliorer les résultats à travers une restructuration des services.

La PRSA a réussi une organisation de services ambulatoires qui intègre différentes logiques visant à la fois les praticiens (cliniciens et professionnels), les gestionnaires et les utilisateurs. La logique orientée vers les praticiens vise la modification des pratiques professionnelles à travers la mise en place de différents outils cliniques pour structurer et encadrer la dispensation des soins. Ces outils cliniques (principalement des protocoles de

soins) visent à augmenter la standardisation des processus le long d'un continuum de soins incluant des services généraux et spécialisés pour une problématique ou une pathologie particulière. La logique axée sur les gestionnaires a été élaborée à partir de l'approche populationnelle.

Même si les stratégies utilisées dans la PRSA ne sont pas en soi nouvelles, il n'en demeure pas moins que leur agencement dans une même programmation permet de combler les lacunes de chacune d'elles. L'intérêt de la PRSA réside surtout dans l'approche populationnelle qui a permis de consolider la contribution des stratégies utilisées dans la PRSA et de les centrer sur les besoins du patient.

Le modèle de la PRSA s'est articulé selon deux axes principaux, soit : la complémentarité et la continuité des soins interétablissements. Les modèles de case management, les modèles centrés sur le patient combinés à l'approche populationnelle ont permis de réunir à la fois les cliniciens, les patients et les gestionnaires. L'épisode de soins qui est au cœur de la programmation des services dispensés par l'ensemble des établissements du réseau devient ainsi la base du système intégré régional de soins et de services. La PRSA est soutenue par un dossier clinique partagé qui, fonctionnellement, est accessible à l'ensemble des établissements du réseau.

En somme, tout comme le CCM, la PRSA met l'accent sur le patient et sa capacité à autogérer sa maladie. Pour ce faire, la PRSA adopte une approche qui mise sur les éléments comme l'éducation des patients et des soins de santé globaux. Mais la PRSA va au-delà de ses principes en insistant sur la modification des comportements et le soutien communautaire, l'un des principaux reproches fait au CCM (Von Korff et al., 1997).



La PRSA réunit des arguments théoriques assez forts qui permettent d'assurer une intégration clinique capable d'assurer les objectifs de soins de qualité, d'accessibilité et de rétention régionale.

### **8.2.2 Les effets de la PRSA sur la durée moyenne de séjour et la rétention régionale**

L'analyse des effets (durée moyenne de séjour et rétention régionale) montre que l'implantation de la PRSA aurait permis une diminution de la durée moyenne de séjour pour les maladies coronariennes, les MPOC, l'embolie pulmonaire et le cancer du sein. En ce qui concerne la rétention régionale, il semble que la PRSA aurait permis une augmentation pour les maladies coronariennes, l'asthme et le cancer du sein.

Une revue systématique des programmes intégrés de soins a permis à Ouwens et al. (2005) de conclure que les modèles de case-management semblent produire des effets positifs sur la qualité des soins. Cependant, les auteurs observent que les composantes de ces programmes intégrés de soins sont très variables, ce qui ne permet pas de rendre compte de leur efficacité. C'est le cas de la stratégie de case-management en place dans les différents programmes de la PRSA qui inclut plusieurs variétés d'interventions tels que des programmes de réadaptation, l'implication des soins communautaires, etc. Aussi, de telles combinaisons d'interventions sont plus susceptibles de réduire la durée moyenne de séjour et même les taux de réadmissions (Monninkhof et al., 2003; Rea et al., 2004). Selon Réa et al (2004), les stratégies de case management qui mettent l'accent sur le suivi des patients par les services communautaires permettent d'obtenir des résultats significatifs dans la diminution des admissions à l'hôpital et de la durée de séjour. Dans le cas de la PRSA à

Laval, lorsque le patient reçoit son congé de l'hôpital, le lien est fait avec le CHARL, pour les activités de réhabilitation. L'existence d'un écart entre les soins usuels et les soins recommandés semble être diminuée par la mise en place d'un réseau de partenaires dans lequel la mesure et la communication en continu permettent d'améliorer les pratiques et d'offrir les meilleurs soins et services aux différentes populations de patients (Montague, 2006).

### **8.2.3 L'institutionnalisation du changement**

*a- Le consensus de l'ensemble des dispensateurs de soins et services de santé dans la région de Laval autour du besoin de réorganisation à très vite permis de mettre de l'avant l'expérimentation de la PRSA.*

Dans l'analyse des déterminants de l'implantation, nos résultats indiquent que les changements fréquents dans les structures dirigeantes du réseau de la santé au niveau national ainsi que l'interférence de plusieurs autres réformes ont été un obstacle dans l'implantation de la PRSA.

Selon Kitson (2009), l'adoption d'une innovation est fonction du niveau d'autonomie dont disposent les acteurs impliqués dans l'implantation de ladite innovation. Toutefois, leur pouvoir d'influence n'est pas toujours utilisé pour favoriser l'implantation de l'innovation. Leur action est fortement influencée par la présence d'incitatifs en faveur ou non de la promotion du changement (Trader-Leigh, 2002). À la lumière des résultats sur l'implantation de la PRSA, le consensus des différents acteurs impliqués dans un processus d'innovation constitue un facteur important. L'appui des parties impliquées s'avère également être un facteur essentiel à examiner dans les périodes du changement. Les parties

impliquées sont, selon Rondeau (1999) les groupes d'acteurs qui influencent les orientations et l'évolution de l'organisation. Plus ces groupes d'acteurs supportent le changement proposé et le considèrent légitime, plus grandes sont les chances de son adoption et de son implantation. Les détenteurs d'enjeux peuvent orienter le processus de changement en influençant la prise de décision au niveau des gestionnaires ou en ne fournissant pas les ressources nécessaires pour le changement (Hafsi & Fabi, 1997). L'influence de ses acteurs dépend de leur pouvoir et de leur légitimité dans l'organisation (Mitchell, Agle & Wood, 1997). La participation de ces détenteurs d'enjeux dans le processus de changement est un facteur essentiel de succès (Salminen, 2000).

L'interdépendance entre les organisations et leur environnement est considérée comme une condition pouvant limiter l'adoption des innovations par les organisations, car ces dernières doivent se soumettre à l'idéologie en présence dans l'environnement afin de justifier et de légitimer leurs activités (Gagnon, 2003). Le caractère complexe et mouvant des facteurs environnementaux accentue la nécessité du changement et incite les organisations à rechercher une plus grande flexibilité pour pouvoir s'adapter aux contraintes extérieures. Par ailleurs, Scott (1990) soutient que ces mêmes conditions peuvent devenir des éléments favorisant l'adoption des innovations si elles se retrouvent dans un contexte approprié. Par exemple, au lieu de sembler menaçante, l'introduction d'une innovation pourra, au contraire, favoriser les intérêts d'un groupe et ce dernier en fera ainsi la promotion active. Selon Rondeau (1999), les pressions environnementales peuvent encourager le changement comme elles peuvent l'empêcher. La pression externe peut augmenter le taux d'activité des membres d'une organisation et les mène vers le changement. Dans ce cas, les pressions

environnementales agissent en tant que force de propulsion. Autrement, ces pressions peuvent constituer des obstacles au changement. La perception d'une adéquation entre le fonctionnement d'une organisation et l'atteinte des objectifs va être à la base de la naissance d'un changement. Les facteurs autant externes qu'internes doivent être pris en compte pour comprendre le fonctionnement de l'organisation en interaction avec l'environnement. En outre, ce système ouvert évolue et se développe. Ainsi même les changements planifiés n'aboutiront jamais aux effets attendus, car le système est en constante évolution et des perturbations inévitables empêchent la réalisation du changement tel que prévu.

L'introduction d'une innovation passe nécessairement par la négociation et la conclusion d'ententes entre les acteurs, les groupes, les organisations touchées. Le fait d'être à l'écoute des groupes d'intérêt concernés par le processus de changement favorise une plus grande mobilisation autour du changement proposé. Intéresser les autres acteurs peut être facilité lorsque ceux-ci perçoivent des gains ou des avantages à participer au processus de changement. Le rôle des initiateurs-promoteurs consiste à convaincre les acteurs de ces avantages et de la pertinence du changement, de les rallier autour du projet de changement.

#### *b- Le changement des équipes de gestion*

Les spécificités du profil des gestionnaires traduisent le caractère entrepreneur et novateur des dirigeants de l'organisation, ainsi que leur forte implication dans l'implantation et l'adoption de l'innovation. Les organisations apprenantes se caractérisent généralement par une direction qui manifeste un goût prononcé pour le changement, qui conduit le

changement sans l'imposer, et de manière participative, grâce à un soutien fort lors de la mise en œuvre du projet (Bounfour, 2000; O'Flaherty & Williams, 2000). La mise en marche d'une innovation renvoie fondamentalement à une idée, une vision, qui oriente l'action vers le changement. Les travaux de Dagenais, Desbiens & Joubert (2005) montrent que, lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle a plus de chance de se disséminer. Il s'agit ensuite de s'entendre sur la signification du changement souhaité. Kouzes & Posner (1998) soulignent que les visions que les leaders sont les seuls à avoir ne suffisent pas à créer un mouvement organisé. Les projets dont la vision a été clarifiée, expliquée, diffusée largement ont plus facilement conquis l'adhésion des acteurs concernés, favorisant ainsi l'atteinte des objectifs.

L'analyse de plusieurs projets d'expérimentation réalisée par Dagenais, Desbiens & Joubert (2005) révèle que les projets qui sont portés par un ensemble d'acteurs habiles, de leaders compétents appartenant à d'autres secteurs que le leur, particulièrement dans des projets de haute complexité où la collaboration est exigée, augmentent leurs chances d'atteindre leurs objectifs. En effet, plusieurs projets étudiés ont profité de la contribution d'un leader qui a su réunir autour de lui d'autres leaders provenant d'horizons professionnels et organisationnels différents et appartenant à des secteurs distincts : milieu médical, administratif et décisionnel rattachés à des établissements divers. Il semble que plusieurs d'entre eux soient parvenus à influencer les membres de leur propre milieu. Ainsi, quand il s'agit d'envisager un changement qui touche plusieurs groupes d'acteurs, bien saisir les enjeux, ouvrir la discussion pour débattre des intérêts divergents, clarifier l'idée de

changement contribueront à entraîner une meilleure adhésion des principaux acteurs au processus de changement que l'on souhaite amorcer.

### ***8.3 Importance de cette thèse en santé publique***

Devant les nombreux défis auxquels font face les milieux de pratiques, les acteurs concernés sont bien souvent conduits à proposer des solutions innovatrices. Cependant, force est de constater que ces innovations font rarement l'objet de publications en dehors d'une certaine littérature grise, difficilement accessible et rarement diffusée. Or, les solutions des milieux de pratique, parfois appuyés dans leur démarche par des chercheurs du milieu universitaire, méritent que l'on en rende davantage compte. À notre avis, le développement des connaissances favorables à l'amélioration des politiques de réformes en organisation des soins ne profite pas assez des leçons tirées de ces processus et de leurs effets sur l'organisation et la dispensation des soins. Cette thèse permet de mieux faire comprendre ce qui se passe sur le terrain et contribue à l'élaboration d'un corpus de connaissance sur l'organisation des systèmes de soins surtout avec la tendance vers un mode de gestion par réseau des systèmes de santé.

En effet, avec la tendance actuelle dominée par une responsabilisation populationnelle des soins, la capacité des acteurs d'un territoire donné à assumer ce nouveau rôle reste un défi fondamental. Dans cette thèse, nous avons utilisé le cas de la PRSA pour montrer à partir de différentes études que la combinaison des approches de réseaux intégrés des soins, de case management et d'approche populationnelle permet de produire une programmation capable de renforcer la planification régionale des soins et d'améliorer l'accès aux soins et

services (article 1). De plus, nous avons montré à l'aide des données de MEDECHO que cette programmation semble avoir, pour certaines mesures du moins, un effet sur la durée de séjour et la rétention régionale (article 2). Le modèle de la PRSA nous paraît une expérimentation novatrice qui pourrait alimenter considérablement la mise en place de la responsabilité populationnelle. Enfin, l'analyse de l'évolution du déploiement de la PRSA a permis de mettre en évidence les facteurs explicatifs de son abandon (article 3). La discussion de ses résultats fournit une certaine compréhension des obstacles de l'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*: NJ: Prentice Hall.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., Baker, L. C., & Becker, M. P. (2006). The Role of Organizational Infrastructure in Implementation of Hospitals Quality Improvement. *Hospital Topics*, 84(2), 11-20.
- Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe, J., Bradley, M., Mariathasan, J., & Samele, C. (2008). The impact of engaging leadership on performance, attitudes to work and well-being at work: a longitudinal study. *Journal of Health Organization & Management*, 22(6), 586-598.
- Alkema, G. E., Shannon, G. R., & Wilber, K. H. (2003). Using interagency collaboration to serve older adults with chronic care needs: the Care Advocate Program. *Family & Community Health*, 26(3), 221-229.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*: Sage Publications (Newbury Park, Calif.) 342 p.
- Andrew, N., Tolson, D., & Ferguson, D. (2008). Building on Wenger: communities of practice in nursing. *Nurse Educ Today*, 28(2), 246 -252.
- Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Feild, H. S. (1999). Making change permanent: A model for institutionalizing change interventions. *Research in Organizational Change and Development*, 12(2), 97-128.
- Arrieta, M., Foreman, R., Crook, E., & Icenogle, M. (2008). Insuring continuity of care for chronic disease patients after a disaster: key preparedness elements. *Am J Med Sci*, 336(2), 128-133.
- Assens, C. (2003). Le réseau d'entreprises : vers une synthèse des connaissances. *Management international*, 7(4), 49-59
- Assens, C., & Jacob, R. (2008). Les réseaux d'entreprises : une perspective managériale internationale,. *Revue Management Internationale*, 13(1), v-vii.
- Aubert , B. A., & Hamel, G. (1997). Adoption of Smart Cards in the Medical Sector : The Canadian Experience. *Cahier GreSI (Groupe de recherche en systèmes d'information)*, HEC, 97-07.
- Barnard, D. K., & Hu, W. (2005). The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice. *International Journal of Health Geographics*, 4(23), 1-9.



- Barrett, B., Way, C., McDonald, J., & Parfrey, P. (2005). Hospital utilization, efficiency and access to care during and shortly after restructuring acute care in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services & Research Policy*, 10(Suppl 2), 31-37.
- Beer, M., & Nohria, N. (2000). Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, 78(3), 133-141.
- Bejean, S. (1999). De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités. *Politiques et management public*, 17(1), 145-175.
- Bejean, S., & Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, 81(3), 77-97.
- Benbasat, I., Goldstein, D. K., & Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. *MIS Quarterly*, 11(3), 369-386.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, J., Zuccala, G., & Mor, V. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316(7141), 1348-1351.
- Bernerth, J. (2004). Organizational change readiness - the five messages: Expanding our understanding of the change message. *Human Resource Development Review*, 3(1), 36-52.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975.
- Berwick, D. M. (2008). The science of improvement. *JAMA*, 299(10), 1182-1184.
- Billay, D., & Myrick, F. (2008 ). Preceptorship: an integrative review of the literature. *Nurse Educ Pract*, 8(4), 258-266.
- Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M. S., Boisvert, N., Richard, L., & Gendron, S. (2010). Promotion de la santé et prévention de la maladie. *Perspectives infirmières*, 7(1), 48-50.
- Black, D. A. (2007). Case management for elderly people in the community. *BMJ* 334(7583), 3-4.
- Blegen, M. A., Reiter, R. C., Goode, C. J., & Murphy, R. R. (1995 ). Outcomes of hospital-based managed care: a multivariate analysis of cost and quality. *Obstet Gynecol*, 86(5), 809-814.

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. [ () . ; :]. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.
- Boelen, C. (2000). Towards Unity for Health: Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development. A working paper. Genève: Organisation mondiale de la santé. 25p.
- Boerner, S., & Dütchke, E. (2008). act of charismatic leadership on followers' initiative-oriented behavior: a study in German hospitals. *Health Care Manage Rev*, 33(4), 332-340.
- Bone, L., & Shediach-Rizkallah, M. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108.
- Booth, B. J., & McBride, T. (2007). Patient focus and the quality framework. *Australian Family Physician* 36(1-2), 20-22.
- Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C., & Callan, V. J. (2004). Uncertainty during organizational change: Types, consequences and management strategies. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 507-532.
- Bounfour, A. (2000). Gestion de la connaissance et systèmes d'incitation : entre théorie du 'Hau' et théorie du 'Ba'. *Systèmes d'information et Management*, 5(2), 7-40.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(2), 113-124.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J., Lamont, S., et al. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205.
- Burnier, R., & Masserey, R. (2002). Ordre et désordre dans les organisations et changement. Psychosociologie des organisations. *Notes de cours*
- Casarin, S. N. A., Villa, T. C. S., Gonzales, R. I. C., de Freitas, M. C., Caliri, M. H. L., & Sasaki, C. M. (2002). Case management: Evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 472-477.

- Casas, A., Troosters, T., Garcia-Aymerich, J., Roca, J., Hernandez, C., Alonso, A., et al. (2006). Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *European Respiratory Journal*, 28(1), 123-130.
- Cassidy, E. F., Leviton, L. C., & Hunter, D. E. K. (2006). relationship of program and organizational capacity to program sustainability: What helps program survive? *The Evaluation and Program Planning*, 29(2), 149-152.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission des soins de santé au Canada: bulletin 39. 47p.
- Champagne, F., Leduc, N., Bilodeau, H., Blais, R., Clapperton, I., Lehoux, P., et al. (2001). Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval. Montréal: Université de Montréal.
- Chandler, D., Meisel, J., McGowen, M., Mintz, J., & Madison, K. (1996). Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric Services*, 47(2), 175-180.
- Charbonneau, J., & Estèbe, P. (2001). Entre l'engagement et l'obligation : l'appel à la responsabilité à l'ordre du jour. *Lien social et Politiques*, 46(Automne), 5-15.
- Christianson, T. M., & Moralejo, D. (2009). Assessing the quality of care in a regional integrated viral hepatitis clinic in British Columbia: a cross-sectional study. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 32(5), 315-324.
- Chvetzoff, R., Chvetzoff, G., Ramponneau, J. P., Saby, M., & Mick, G. (2009). Quand un réseau de santé entre en stratégie : le cas du réseau voironnais de la douleur. Repères théoriques et réflexions issues de l'analyse stratégique d'un réseau de santé de proximité. *Journal d'Économie Médicale*, 27(6), 343-357.
- Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *HealthcarePapers*, 7(Special issue), 26-34.
- Collerette, P., & Schneider, R. (1996). *Le pilotage du changement : une approche stratégique et pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- commission d'étude sur la santé et le bien-être social (1970). Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, deuxième partie. Volume IV : La santé. Québec: Gouvernement du Québec. 4 Tomes

- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). Les Solutions émergentes. Rapport et recommandations. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 410p.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 387p.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N., & Rodriguez, C. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Curry, S. J., & McBride, C. M. (1994). Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health*, 15, 345-366.
- Curtis, B., Gregory, D., Parfrey, P., Kent, G., Jelinski, S., Kraft, S., et al. (2005b). Quality of medical care during and shortly after acute care restructuring in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services & Research Policy*, 10 (Suppl 2), 38-47.
- Curtis, K., Zou, Y., Morris, R., & Black, D. (2006). Trauma Case Management: Improving patient outcomes. *Injury* 37(7), 626-632.
- Dagenais, C., Desbiens, F., & Joubert, P. (2005). L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de gestion du changement. *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3), 1-17.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academic Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Denis, J.-L. (2004). Governance and Management of Change in Canada's Health System. In P. G. Forest, G. P. Marchildon & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (pp. 82-114): University of Toronto Press.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1990). L'analyse d'implantation: modèles et méthodes. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 5(2), 47-67.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., & Langley, A. (2002). Faut-il changer nos façons de changer? . *Revue Gestion*, 27(3), 151-153.

- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal. 142p.
- Domin, J. P. (2004). *Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté-Communication*. Paper presented at the 4th Congress on Proximity Economics: Proximity, Networks and Co-ordination. Marseille. 17-18 juin 2004.
- Dudgeon, D. J., Knott, C., Chapman, C., Coulson, K., Jeffery, E., Preston, S., et al. (2009). Development, Implementation, and Process Evaluation of a Regional Palliative Care Quality Improvement Project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(4), 483-495.
- Dunbar, J., & Reddy, P. (2009). Integration and coordination of care. *Australian Journal of Rural Health*, 17(1), 27-33.
- Eby, L. T., Adams, D. M., Russell, J. E. A., & Gaby, S. H. (2000). Perceptions of organizational readiness for change: factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling. *Human Relations*, 53(3), 419-428.
- Eisenhardt, K., & Martin, J. (2000). Dynamic capabilities: what are they? *Strategic Management Journal*, 21(10-11), 1105-1121.
- Elmore, R. F. (1978). Organizational models of social program implementation. *Public Policy*, 26(2), 185-228.
- Evans, D., & Pearson, A. (2001). Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 593-599.
- Evans, J., Over, D. E., & Manktelow, K. I. (1993). Reasoning, Decision Making and Rationality. *Cognition*, 49(1-2), 165-187.
- Falconer, L. (2006). Organizational learning, tacit information, and e-learning: a review. *The Learning Organization*, 13(2), 140-151.
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281 - 315.
- Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review* 66(2), 168-176.

- Fitzgerald, L., Ferlie, E., & Hawkins, C. (2003). Innovation in Health Care : how does credible evidence influence professionals ? *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 219-228.
- Fleury, M. J. (2006). Integrated service networks : The Quebec case. *Health Services Management Research*, 19(3), 153-155.
- Fleury, M. J., Mercier, C., & Denis, J.-L. (2002). Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Health Planning & Management*, 17(4), 315-332.
- Fordyce, M., Bardole, D., Romer, L., Soghikian, K., & Fireman, B. (1997). Senior Team Assessment and Referral Program VSTAR. *Journal of the American Board of Family Practice*, 10(6), 398-406.
- Fragnière, J.-P., & Girod, R. (2002). *Dictionnaire suisse de politique sociale* (2<sup>e</sup> édition ed.). Lausanne. 380p.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Fung-Kee-Fung, Goubanova, M., Sequeira, K., Abdulla, A., Cook, R., Crossley, C., et al. (2008). Development of communities of practice to facilitate quality improvement initiatives in surgical oncology. *Qual Manag Health Care*, 17(2), 174 -185.
- Gadreau, M., & Jaffre, D. (1998). *Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des "besoins hospitaliers" en Bourgogne. 5<sup>ème</sup> colloque géographie et socio-économie de la santé : Allocation des ressources et géographie des soins.*
- Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L., & Bergman, H. (1999). Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(9), 1118-1124.
- Gagnon, M.-P. (2003). *Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine dans le Réseau québécois de télésanté élargi (RQTE)*. Université Laval. Thèse de doctorat, 225 p, Laval
- Gaumer, B., & Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 52-70.

- Gaumer, B., & Fleury, M. J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique In M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 3-21). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gilchrist, A. (2006). Maintaining Relationship Is Critical in Network's Success. *HealthcarePapers*, 7(2), 28-31.
- Gillies, R., Chenok, K., Shortell, S., Pawlson, G., & Wimbush, J. (2006). The impact of health plan delivery system organization on clinical quality and patient satisfaction. *Health Serv Res*, 41(4), 1181-1199.
- Gittell, J. H., & Weiss, L. (2004). Coordination networks within and across organizations: A multi-level framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), 125-153.
- Golden, B. (2006). Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10(Special Issue), 10-19.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. M. (2007). How to Translate Health Research Knowledge into Effective Healthcare Action. *Healthcare Quarterly*, 10(3), 20-22.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. M. (2009). Implementation of evidence. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(3), 157-158.
- Gravelle, H., Rod, M., Sargent, S. P., Boaden, R., Pickard, S., Parker, S., et al. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 334(7583), 31-34.
- Grosjean, M., Barcet, A., & Bonamy, J. (2003). Reconfigurations des territoires dans le travail en réseau de soins. *Géocarrefour* 78(3), 247-254.
- Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008). En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée. Québec. 317 p.
- Hafsi, T., & Fabi, B. (1997). *Les fondements du changement stratégique*. Montréal Les éditions Transcontinental inc, 372p.

- Hage, J. T. (1999). Organizational innovation and organisational change. *Annu. Rev. Sociol.*, 25(7), 597-622.
- Hagedorn, H., Hogan, M., Smith, J. L., Bowman, C., Curran, G. M., Espadas, D., et al. (2006). Lessons Learned about Implementing Research Evidence into Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2), S21-24.
- Hansen, M. T., & Nohria, N. (2004). How to Build Collaborative Advantage. *Sloan Management Review*, 46(1), 22-30.
- Harrison, M., & Kimani, J. (2009). Building capacity for a transformation initiative: System redesign at Denver Health. *Health Care Management Review*, 34 (1), 42-53.
- Hawe, P. (2009). The social determinants of health: How can a radical agenda be mainstreamed? *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 291-293.
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), Suppl I8-I14.
- Higgs, M. J., & Rowland, D. (2001). Building change leadership capability: The quest for change competence. *Journal of Change Management*, 1(2), 118-130.
- Hoang, T., Goetz, M. B., Yano, E. M., Rossman, B., Anaya, H. D., Knapp, H., et al. (2009). The impact of integrated HIV care on patient health outcomes. *Medical Care*, 47(5), 560-567.
- Hodgman, S. (2008). Predictive modeling and outcomes. *Prof Case Manag*, 13(1), 19-23.
- Hogg, W., Rowan, M., Russel, I. G., Geneau, R., & Muldoon, L. (2008). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care*, 20(5), 308-313.
- Holmboe, E. S., Meehan, T. P., Radford, M. J., Wang, Y., Marciniak, T. A., & Krumholz, H. M. (1999). Use of clinical pathways to improve the care of patients with acute myocardial infarction. *The American Journal of Medicine*, 107(4), 324-331.
- Huard, P., & Moatti, J.-P. (1995). Introduction à la notion de réseau. *Gestions Hospitalières*, 351, 735-738.
- Huerta, T. R., Casebeer, A., & VanderPlaat, M. (2006). Using Networks to Enhance Health Services Delivery : Perspectives, Paradoxes and Propositions. *Healthcare Papers*, 7(2), 10-26



- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 67*(4), 563-570.
- Joyce, A., & Amlani, S. (2009). Integrated stroke care across a province--is it possible? *Healthcare Quarterly, 13* (Spec No), 80-84.
- Kavanagh, M. H., & Ashkanasy, N. M. (2006). The impact of leadership and change a management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during merger. *British Journal of Management, 17*(1), 81-103.
- Kiefer, T. (2005). Feeling bad: Antecedents and consequences of negative emotions in ongoing change. *Journal of Organizational Behavior, 26*(8), 875-897.
- Kieser, A., & Koch, U. (2008). Bounded Rationality and Organizational Learning Based on Rule Changes. *Management Learning, 39*(3), 329-347
- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *American Journal of Public Health, 93*(3), 380-383.
- Kitson, A. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing, 65*(1), 217-228.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2002). *The leadership challenge (3rd ed.)*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Kwan, J., Hand, P., Dennis, M., & Sandercock, P. (2004). Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit. *Age and Ageing, 33*(4), 362-367.
- Lamarsh, J., & Potts, R. (2004). Sustain the Change. *Industrial Management, 46*(3), 4-19.
- Lamothe, L. (2002). Le recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Revue Gestion 27*(3 ), 23-30.
- Langlois, P. (1992). Deux têtes et quelques doigts de pied : la réforme de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales, 5*(1), 129-134.
- Laroche, H., & Nioche, J. P. (1994). L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise. *Revue Française de Gestion, 99*(Juin, Juillet, Aout), 64-78.
- Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers, 1*(2), 13-37.

- Lee, D. T. F., Mackenzie, A. E., Dudley-Brown, S., & Chin, T. M. (1998). Case management: A review of the definitions and practices. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 933-939.
- Lega, F., & DePietro, C. (2005). Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, 74(3), 261-281.
- Lehr, J. K., & Rice, R. E. (2002). Organizational Measures as a Form of Knowledge Management: A Multitheoretic, Communication-Based Exploration. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53(12), 1060-1073.
- Letourneau, S. (2009). Health Link Alberta: a model for successful health service integration. *Healthcare Quarterly*, 13 (Spec No), 56-60.
- Lewis, L. K. (2000). Communicating change: four cases of quality programs. *Journal of Business Communication*, 37(2), 128-155.
- Liao, M.-N., & Lu, M.-H. (1999). Application of case management to control of the care quality of stroke patients. *Chang Gung Nursing*, 10(1), 12-20.
- Long, M. J. (2002). Case management model or case manager type? That is the question. *Health Care Manager*, 20(4), 53-65.
- Lu, C. C., Su, H. F., Tsay, S. L., Lin, H. I., & Lee, T. T. (2007). A Pilot Study of a Case Management Program for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) *Journal of Nursing Research*, 15(2), 89-98.
- Lu, M.-H., Wei, L.-H., Liao, M.-N., & Hsu, M.-L. (1999). Application of case management to control of the care quality of bleeding peptic ulcer patients and cost effectiveness of treatment. *New Taipei Journal of Nursing*, 1(1), 81-89.
- Ma, J., Berra, K., Haskell, W. L., Klieman, L., Hyde, S., Smith, M. W., et al. (2009). Case management to reduce risk of cardiovascular disease in a county health care system. *Arch Intern Med*, 169(21), 1988-1995.
- Malo, D., Grenier, R., & Gratton, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26(1), 154-180.
- McClure, R., Hughes, K., Ren, C., McKenzie, K., Dietrich, U., Vardon, P., et al. (2010). The population approach to falls injury prevention in older people: findings of a two community trial. *BMC Public Health*, 10(1), 79.

- McKinsey, K. T., Boren, D. M., & Fidellow, J. A. (1999). Navigate a clinical pathway for uncomplicated MI patients. *Nursing Management, 30*(10), 33-35.
- Meier, D. E., Thar, W., Jordan, A., Goldhirsch, S. L., Siu, A., & Morrison, R. S. (2004). Integrating case management and palliative care. *Journal of Palliative Medicine, 7*(1), 119-134.
- Meulepas, M. A., Jacobs, J. E., Smeenk, F. W., Smeele, I., Lucas, A. E., Bottema, B. J., et al. (2007). Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 25*(3), 186-192.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec, 26p.
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbricotti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(1), 66-75.
- Mintzberg, H. (2002). Managing care and cure-up and down, in and out. *Health Services Management Research, 15*(3), 193-200.
- Mintzberg, H. (2004). *Le Management. Voyage au centre des organisations* (2e éd ed.). Paris, Les Éditions d'Organisation. 703p.
- Mintzberg, H. (2007). Bien gérer la santé selon Henry Mintzberg. *La Presse, 19 mai 2007*.
- Minvielle, E., & Contandriopoulos, A. P. (2005). La gestion du changement : quels enseignements tirer d'opérations de restructuration hospitalière ? *Revue Française de Gestion, 150* (30), 29-53.
- Mitchell, K., Agle, B., & Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review, 22*(4), 853-886.
- Monaghan, P., Murray, L., Donnelly, M., McCarron, P., Spence, R., & Gavin, A. (2005). Breast cancer services--a population-based study of service reorganization. *Journal of Public Health, 27*(2), 171-175.

- Monninkhof, E., Van der Valk, P., Van der Palen, J., Van Herwaarden, C., Partridge, M. R., & Zielhuis, G. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, *58*(5), 394-398.
- Montague, T. (2006). Patient-Provider Partnerships in Healthcare: Enhancing Knowledge Translation and Improving Outcomes. *HealthcarePapers*, *7*(2), 53-61.
- Munkvold, B. E. (1999). Challenges of IT implementation for supporting collaboration in distributed organization. *European Journal of Information Systems*, *8*(4), 260-272.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*, *65*(3), 227-241.
- Naiditch, M., Bourgueil, Y., Grignon, M., Midy, F., Develay, A., Mino, J. C., et al. (2000). Apport potentiel des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins. *Perspectives Soignantes*, *1*(9), 7-27.
- Newcomer, R., Maravilla, V., Faculjak, P., & Graves, M. T. (2004). Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: A randomized clinical trial. *Evaluation & the Health Professions*, *27*(4), 323-348.
- Nioche, J. P., & Laroche, H. (2006). L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise. *Revue Française de Gestion*, *160*(1), 81-105.
- Nutley, S., Walter, I., & Davies, O. (2007). Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms From Cross-Sector Review. *Research on Social Work Practice*, *19*(5), 552-559.
- O'Flaherty, B., & Williams, H. (2000). Intranet adoption in Irish organizations: a survey analysis. *Revue Systèmes d'Information et Management*, *5*(2), 41-58.
- Oeseburg, B., Wynia, K., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res*, *58*(3), 201-210.
- Organisation Mondiale de la Santé (2008). Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. . Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Ouwens, M., Hermens, R. R., Hulscher, M. M., Merks, M. A., van den Hoogen, F., Grol, R. P., et al. (2009). Impact of an integrated care program for patients with head and neck cancer on the quality of care. *Head & Neck*, *31*(7), 902-910.

- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*, 17(2), 141-146.
- Park, S. H. (1996). Managing an interorganizational network : A framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies*, 17(5), 795-824.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd edition ed.). CA: Sage Publications, 700p.
- Peltokorpi, A., Alho, A., Kujala, J., Aitamurto, J., & Parvinen, P. (2008). Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5), 418 - 434.
- Perlin, J. B., Kolodner, R. M., & Roswell, R. H. (2005). The Veterans Health Administration: Quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Healthc Pap* 5(4), 10-24.
- Perri, M. G., Sears, S. F., & Clark, J. E. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care*, 16(1), 200-209.
- Perron, N. (2005). Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 18(1), 162-175.
- Pineault, R., & Levesque, J. F. (2008). Le type d'organisation des soins de première ligne a-t-il un effet sur l'expérience de soins rapportée par les utilisateurs? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 3(4), 12-14.
- Pissarro, B. (2004). Réseaux en santé et approches communautaires *Vie sociale et traitements* 1(81), 49-56.
- Plochg, T., Delnoij, D. M. J., Hoogedoorn, N. P. C., & Klazinga, N. S. (2006). Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Services Research*, 6(37), 1-14.
- Pluye, P., & Potvin, L. (2004). Making Public Health Program Last: Conceptualizing Sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133.

- Proctor, T., & Doukakis, I. (2003). Change management: The role of internal communication and employee development. *Corporate Communications*, 8(4), 268-277.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(1), 229-252.
- Québec (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi 120 devenu le chapitre 42 des Lois du Québec de 1991, sanctionné le 4 septembre 1991): Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003). Loi 25: Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: Éditeur officiel du Québec.
- Rea, S., McAuley, A., Stewart, C., Lamont, P., Roseman, P., & P., D. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Medicine Journal*, 34(11), 608-614.
- Reger, R., Gustafson, L., Demarie, S., & Mullane, J. (1994). Reframing the organization: why implementing total quality is easier said than done. *Academy of Management Review*, 19(3), 565-584.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (2002). Rapport mi-parcours du 1 avril au 30 juin 2002. RSSSL-13 Laval.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (2001). Cadre de référence de la programmation régionale des services ambulatoires de Laval. RSSSL-13 Laval.
- Reilly, S., Challis, D., Burns, A., & Hughes, J. (2003). Does integration really make a difference?: a comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1(18), 887-393.
- Robinson, J. C., & Casalino, L. P. (1996). Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs*, 15(1), 7-22
- Rodriguez, C. (2003). Scénarios d'intégration : le cas des CLSC urbains, une mission impossible? *Ruptures*, 9(2), 92-109.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5 ed.). New York: NY: Free Press.
- Rondeau, A. (1999). Transformer l'organisation: vers un modèle de mise en œuvre. *Gestion*, 24(3), 148-157.

- Rondeau, A., & Jacob, R. (2009). Évolution de la gestion des établissements de santé au Québec : d'un modèle centré sur la gestion des ressources à un modèle centré sur la gestion en réseau et la gestion des connaissances. Montréal, Avril 2009, 12 p.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38.
- Salinsky, E., & Gursky, E. A. (2006). The case for transforming governmental public health. *Health Aff (Millwood)*, 25(4), 1017-1028.
- Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership, 2nd edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwenk, C.-R. (1984). Cognitive Simplification Processes in Strategic Decision-Making. *Strategic Management Journal*, 5(2), 111-128.
- Scott, R. W. (1990). Innovation in medical care organizations : A synthetic review. *Medical Care Review*, 47(2), 165-192.
- Sheaff, R., Boaden, R., Sargent, P., Pickard, S., Gravelle, H., Parker, S., et al. (2009). Impacts of case management for frail elderly people: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy*, 14(2), 88-95.
- Shortell, S. M. (1996). *Remaking Health Care in America. Building Organizes Delivery Systems*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Shortell, S. M., & McCurdy, R. K. (2010). Integrated health systems. *Stud Health Technol Inform* 153(9), 369-382.
- Shortell, S. M., Schmittiel, J., Wang, M. C., Li, R., Gillies, R. R., Casalino, L. P., et al. (2005). An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study. *Med Care Res Rev*, 62(4), 407-434.
- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., & Hasnain-Wynia, R. (2002). Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 27(1), 49-91.
- Simon, H. A. (1991). Organizations and Markets. *Journal of Economic Perspectives*, 5(2), 25-44.

- Simonet, L. M. (2005). Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital. *Rev Med Suisse*, 1, 2737-2740.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28(3), 339-358.
- Smith, G., & Clarke, D. (2006). Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. *Med Clin North Am*, 90(4), 533-548.
- Smith, M. E. (2003). Changing an organisation's culture: correlates of success and failure. *Journal of Leadership & Organization Development* 24(5), 249-261.
- Smith, S., Bury, G., O'Leary, M., Shannon, W., Tynan, A., Staines, A., et al. (2004). The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Family Practice*, 21(1), 39-45.
- Speir, A. M., Rich, J. B., Crosby, I., & Fonner, E. (2009). Regional collaboration as a model for fostering accountability and transforming health care. *Seminars in Thoracic & Cardiovascular Surgery*, 21(1), 12-19.
- Stafford, R. S., & Berra, K. (2007). Critical factors in case management: practical lessons from a cardiac case management program. *Dis Manag*, 10(4), 197-207.
- Starfield, B., Powe, N. R., Weiner, J. R., Stuart, M., Steinwachs, D., Scholle, S. H., et al. (1994). Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA*, 272(24), 1903-1908.
- Steuten, L., Vrijhoef, B., Van Merode, F., Wesseling, G. J., & Spreeuwenberg, C. (2006). Evaluation of a regional disease-management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Qual Health Care* 18(6), 429-436.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (2 ed.). Abingdon, Royaume-Uni: Radcliffe Medical Press.
- Storey, J., & Buchanan, D. (2008). Healthcare governance and organizational barriers to learning from mistakes. *Journal of Health Organization and Management*, 22(6), 642 - 651.
- Subramanian, A., & Nilakanta, S. (1996). Organizational innovativeness: exploring the relationship between organizational determinants of innovation, type of innovations,



- and measures of organizational performance. *International Journal of Management Science*, 24 (6), 631-647.
- Sulch, D., Perez, I., Melbourn, A., & Kalra, L. (2000). Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 31(8), 1929-1934.
- Syme, S. L., & Balfour, J. L. (1997). Explaining inequalities in coronary heart disease. *Lancet*, 350(9073), 231-232.
- Teece, D. J. (2001). Strategies for managing knowledge assets: the role of firm structure and industrial context. In I. Nonaka & D. J. Teece (Eds.), *Managing Industrial Knowledge: creation, transfer and utilization* (pp. 145-169). London: Sage Publications.
- Thornhill, J., Dault, M., & Clements, D. (2008). Ready, set ... Collaborate? The evidence says "Go" ; So what's slowing adoption of inter-professional collaboration in primary healthcare? . *Healthcare Quarterly* 11(2), 14-16.
- Tonges, M. (1998). Job design for nurse case managers. Intended and unintended effects on satisfaction and well-being. *Nurs Case Manag*, 3(1), 11-23.
- Tosun, N., & Akbayrak, N. (2006). Using the Case Management Model for the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction in a Military Hospital in Turkey. *Lippincott's Case Management*, 11( 4), 207-215.
- Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A. P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale ? *Sciences sociales et santé*, 23(2), 75-102.
- Trader-Leigh, K. (2002). Case study: identifying resistance in managing change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 138-155.
- Trypuc, J., Macleod, H., & Hudson, A. (2006). Developing a Culture to Sustain Ontario's Wait Time Strategy. *Healthcare Papers*, 7(1), 8-24.
- Turgeon, J. (2003). Avancez en arrière, s'il vous plaît! : la nouvelle réalité des régions sociosanitaires au Québec. In J. Crête (Ed.), *La science politique au Québec : le dernier des maîtres fondateurs : hommage à Vincent Lemieux* (pp. 199-215). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Turgeon, J., & Lemieux, V. (1999). La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? In C. Bégin, P. Bergeron, P. G. Forest & V. Lemieux (Eds.), *Le système de santé*

*québécois : Un modèle en transformation* (pp. 173-194). Montréal Presses de l'Université de Montréal.

- Vakola, M., Tsaousis, I., & Nikolaou, I. (2004). The role of emotional intelligence and personality variables on attitudes toward organizational change. *Journal of Managerial Psychology, 19*(2), 88-110.
- Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D. A., & Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly, 12*(1), 89-96.
- Vrangbæk, K. (2007). Towards a Typology for Decentralization in Health Care. In R. B. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangbæk (Eds.), *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. Maidenhead: Open University Press.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative & Complementary Medicine, 11*(Suppl 1), S7-15.
- Walsham, G. (2006). Doing interpretive research. *European Journal of Information Systems, 15*(3), 320-330.
- Wanberg, C. R., & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology, 85*(1), 132-142.
- Weiner, B. J., Alexander, J. A., Shortell, S. M., Baker, L. C., Becker, M., & Geppert, J. J. (2006). Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators. *Health Services Research, 41*(2), 307-334.
- Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research. *Nursing Research, 54*(1), 56-62.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing Management, 52*, 546-553.
- Woolf, S. H. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *JAMA 299*(2), 211-213.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (Fourth Edition ed.): SAGE Publications. California. 240p.

Zander, K. (2002). Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q*, 26(5), 58-67.

## **Annexe 1 : Grille des entrevues**

- 1- Selon vous, quelles sont les raisons qui ont motivé la mise en place de la PRSA?
- 2- Quels étaient les objectifs visés par cette programmation?
- 3- Êtes-vous convaincus que les approches et les processus préconisés par la PRSA permettraient d'atteindre les résultats escomptés?
- 4- Quels ont été les appuis que le projet a reçus en matière de ressources?
- 5- Ces ressources étaient adéquates par rapport aux besoins?
- 6- L'implantation de la PRSA a-t-elle nécessité la mise en place de nouvelles activités?
- 7- Comment appréciez-vous le niveau d'implication des établissements impliqués dans la PRSA? Y a-t-il des mécanismes pour s'assurer de la participation de ces établissements?
- 8- Quels sont les apports de la PRSA en matière de nouveaux savoirs (cliniques et organisationnels)?
- 9- Quelles ont été les implications de la mise en œuvre au niveau de la pratique professionnelle?
- 10- Quels étaient les résultats attendus de la mise en œuvre de la PRSA?
- 11- Pensez-vous que la PRSA peut être expérimentée dans une autre région?