LIVRET TECHNIQUE

Coordination et intégration des soins et des services :

Recension des écrits

Recherche effectuée par

Ariane Dallaire, D.Ps.

Avec la collaboration de

Daniel Boisvert, Ph.D

Gwenaël Planchin Consultant sénior CPSI

Éric Piriou, psychologue et directeur CPSI

Synthèse des connaissances sur les modèles, principes et retombées pour des parcours intégrés centrés sur la personne.

Édition

OCTOBRE 2026

Côte à Côte, association soutenue par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

CENTRE DE PREUVES
SOCIETE INCLUSIVE

CÔTE À CÔTE
CENTRE DE PREUVES

Coordination et intégration des soins et des services : Recension des écrits

Table des matières

Introduction **4**
Stratégie de recherche **8**
Définitions des concepts clés **10**
Intégration des soins et des services 10
Parcours de soins et de services 14
Coordination 16
Modèles d'intégration et de coordination **19**
Modèles théoriques et conceptuels 19
Les modèles français 23
Modèles canadiens et québécois 25
Modèles implantés à l'international 30
Gestion de cas (case management) **34**
Principes transversaux aux dispositifs d'intégration et de coordination **36**
Points communs des modèles 36
Approche populationnelle 37
Patient-partenaire 40
Co-responsabilité communautaire 40
Facteurs de réussite et facilitateurs **43**
Vision partagée, centrée sur la personne et ses besoins 43
Leadership, gouvernance et engagement multiniveaux 44
Co-construction, confiance et dynamique relationnelle 44
Ressources suffisantes et conditions opérationnelles réalistes 45
Flexibilité, adaptation au contexte local et implantation progressive 46
Coordination structurée et mise en réseau des acteurs 46
Systèmes d'information, communication et partage des données 47
Apprentissage organisationnel, rétroaction et évaluation continue 47

CENTRE DE PREUVES SOCIETE INCLUSIVE
CÔTE À CÔTE CENTRE DE PREUVES

Retombées des initiatives 48
Mise en garde 48
Bénéfices observés 48
Administration / Régulation 52
Financement 53
Interorganisationnel 53
Organisationnel 54
Prestation de services 54
Clinique 55
Conclusion 56

Introduction

Les dernières décennies ont été marquées par **cinq transitions sociétales** majeures (Couturier et al., 2016) :

Une **transition sociodémographique**, caractérisée par l'allongement de l'espérance de vie et la transformation de la pyramide des âges (Kelly et al., 2020) ;

Une **transition épidémiologique**, marquée par l'augmentation des maladies chroniques et la diminution relative des maladies aiguës. Le nombre d'individus vivant avec plusieurs limitations ou maladies chroniques, dont la présence nécessite une prise en charge par de nombreux acteurs et fournisseurs de services médico-sociaux œuvrant dans de multiples milieux, a grandement augmenté, venant transformer les prestations de services (Zhang et al., 2025) ;

Une **transition conceptuelle**, correspondant à un élargissement de la définition de la santé au-delà de la simple absence de maladie ;

Une **transition organisationnelle** et professionnelle, illustrée notamment par le développement des collaborations interprofessionnelles et l'émergence du concept de patient partenaire ;

Une **transition technologique,** liée notamment au développement de la télémédecine et des systèmes d'information cliniques informatisés.

À ces transitions se sont ajoutés des changements de valeurs sociales, notamment le souhait d'une plus grande participation des patients, des communautés et des acteurs locaux dans les soins et les services les concernant, mais également des contraintes économiques et une recherche d'efficience dans l'offre de services, rendant les modes d'organisation hérités d'une époque où dominait l'institutionnalisation dépassés. Ces transformations s'accompagnent d'une évolution des besoins de santé et des profils de vulnérabilité des populations. Les personnes vivant dans des conditions socio-économiques précaires présentent notamment un risque accru de cumuler des problèmes de santé physique et mentale ainsi que des difficultés d'accès aux soins et aux services (Hudon et al., 2024). Les problématiques psychosociales, telles que l'itinérance, les surdoses et les troubles de santé mentale, ont également été exacerbées durant la pandémie de COVID-19 (Touati et al., 2024).

Dans ce contexte, au cours des vingt dernières années et à l'invitation de l'Organisation mondiale de la santé[1] (WHO, 2018), plusieurs pays ont tenté d'améliorer la prestation, l'organisation et la qualité des soins et des services. Cependant, comme le démontrent les évaluations de ces projets, les performances demeurent souvent et encore à ce jour, insuffisantes et l'utilisation des ressources s'avère peu optimisée (Gartner & Côté, 2023). Cette situation est nourrie par des cloisonnements à la fois entre les divers établissements sur le plan organisationnel, mais aussi par des pratiques sectorielles professionnelles et informationnelles qui entraînent des ruptures dans la continuité des services. Les manifestations les plus observables sont :

Des difficultés d'accès aux soins et aux services dues à un manque de lisibilité de l'offre disponible au moment « t » ;

Des temps d'attente inutiles ou des ruptures de parcours de soins entre les services ;

Des défauts dans la circulation de l'information entre les épisodes de services menant à des redondances, mais également à des difficultés de communication entre les intervenants et les différents secteurs professionnels ;

La réalisation de prestations pourtant jugées peu productives, voire inutiles ;

La difficulté à innover et à intégrer les connaissances fondées sur des preuves dans la pratique professionnelle courante (Bloch & Hénaut, 2024; Gartner & Côté, 2023).

Les fragmentations observées peuvent entraîner diverses conséquences importantes : visites fréquentes aux urgences, hospitalisations, indicateurs de santé de piètre qualité, augmentation des taux de mortalité, inégalités de santé, etc. (Hudon et al., 2024).

Ainsi, la nécessité d'améliorer la qualité des soins et des services sociaux a suscité un intérêt pour les initiatives visant à repenser l'organisation et la prestation des services. Il est attendu que les systèmes capables d'intégrer l'innovation et les connaissances dans les soins quotidiens aient le potentiel de mieux maîtriser les coûts et d'améliorer la santé de la population. Ces solutions potentielles peuvent être désignées par plusieurs noms : intégration, coordination, parcours de services... Elles ont toutes pour objectif d'améliorer les résultats en améliorant les processus et en fournissant des mécanismes permettant de coordonner les services pour diminuer la fragmentation de ceux-ci tout en diminuant les coûts, sans réduire la qualité ou la quantité de services (Gartner & Côté, 2023).

L'intégration ou la coordination, jadis effectuée à l'intérieur des murs d'un même

[1] L'OMS recommande les services de santé intégrés centrés sur les individus.

établissement, relève dorénavant de professionnels rattachés à des organisations (ou services) différentes et pratiquant en des lieux différents. Une des difficultés que pose l'intégration est que les organisations mises à contribution continuent souvent de fonctionner de manière individualiste et selon leurs habitudes de fonctionnement initiales, tributaires de leur appartenance à une organisation spécifique, allant à l'encontre de l'objectif poursuivi. La solution la plus souvent avancée pour contourner ce cloisonnement consiste à renforcer l'intégration des organisations dans une seule et même entité par territoire (comme préconisé dans le rapport IGAS 2024-017R), ce qui devrait, à terme, favoriser l'intégration des services et la fluidité du continuum de services nécessaires pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, dans une perspective d'inclusion sociale, de respect des droits fondamentaux et de soutien à leur autodétermination.

- Plusieurs façons de réaliser cette intégration organisationnelle ont été expérimentées dans plusieurs pays. Cependant, compte tenu du contexte législatif actuel de l'organisation des associations et établissements en France, ainsi que des modèles et habitudes de fonctionnement établis depuis plus de 50 ans, de tels changements représentent un grand défi sur le plan des représentations propres à chaque partie prenante, des réorganisations structurelles et fonctionnelles de chacune et des différentes évolutions nécessaires en termes de réglementation et de financement. En tout état de cause, le fait de confier à une seule autorité la gouverne des organisations existantes actuellement, ne suffit pas à garantir aux personnes accompagnées l'accessibilité facilitée et universelle aux différents services. De même, il n'apporte pas la garantie d'un accompagnement par « épisodes de services », fondés sur un soutien au parcours de vie des individus, et visant le maintien ou l'amélioration de leur qualité de vie, sans interférence indue. Par ailleurs, la pertinence d'un mode d'intégration organisationnelle dépend de l'effet qu'il aura sur la capacité et la volonté des praticiens d'agir de façon concertée; nous soumettons à cet égard que cette seule modalité n'est pas suffisante.
- En effet, nous pouvons observer aujourd'hui en France deux fonctionnements types qui illustrent ces difficultés de coordination de parcours associant les personnes concernées, lorsqu'elles bénéficient de différents services ou modalités d'accompagnement, même lorsque ceux-ci dépendent d'une même structure de gouvernance :
- Le fonctionnement dit « en filière », qui privilégie le recours à des services issus d'une même entité de gestion. Il a pour effet de reconduire des modalités d'accompagnement institutionnelles, privilégiant la solution unique et fléchée vs l'élaboration concertée et agencée sur mesure de réponses multiples, ciblées en

accord avec la personne à partir des besoins de soutien qu'elle définit avec l'équipe d'évaluation.

- À l'opposé, le fonctionnement par cloisonnement des domaines de spécialisation ou des domaines de vie soutenus, dans lesquels sont invoquées en premier lieu l'expertise et la spécialisation des interventions. Ces fonctionnements très cloisonnés et limitants sont rendus visibles particulièrement dans les phases majeures de transition de vie, amenant alors un réel risque de « rupture » des stratégies et modalités d'accompagnement, imposant à la personne de s'adapter elle-même (i.e. très souvent en renonçant à des éléments déterminants de son parcours de vie) aux nouvelles modalités de fonctionnement de la nouvelle équipe (transition enfance - vie adulte, transition vie active – retraite, …)

La présente étude, à l'aide d'une recension des écrits scientifiques, explore plusieurs modes de coordination et d'intégration des services sur une base territoriale, qui inclut la participation des demandeurs. Elle cerne également les facteurs de réussite, de même que les défis et les obstacles pouvant être rencontrés dans le cadre de l'implantation de ces nouveaux modes de fonctionnement.

La présente recension comporte six sections distinctes, soit :

1 . Définitions des concepts clés (intégration, parcours et coordination) ;
2 . Modèles conceptuels et modèles utilisés dans différents pays, notamment en France et au Canada, mais également à l'international ;
3 . Principes transversaux et communs des dispositifs existants ;
4 . Facteurs de réussite et facilitateurs ;
5 . Retombées des initiatives ;
6 . Défis et obstacles.

.

Stratégie de recherche

Une recension des écrits sur les thématiques de l'intégration et de la coordination des services médico-sociaux a été effectuée à l'aide de la stratégie suivante, inspirée de Whittemore et Knafl (2005). Notons par ailleurs que la présente recension ne prétend pas à l'exhaustivité. Toutefois, elle donne une bonne idée des principaux modèles de coordination des services utilisés en Occident.

Identification de l'objet de la recherche documentaire

Les thématiques à l'étude ont d'abord été identifiées. Par la suite, des recherches préliminaires ont été menées afin de définir plus précisément ces concepts et d'identifier d'autres concepts connexes pertinents, notamment, dans la littérature anglophone. Les notions d'intégration et de coordination ont notamment été retenues.

Recension des écrits

La recension des écrits a été réalisée de novembre 2025 à mars 2026. Les groupes de mots-clés suivants ont été utilisés dans le cadre des recherches, à la fois isolément et de manière combinée :

integrated care, integrated healthcare, care coordination, coordinated care, care integration, service integration **Intégration des soins, soins intégrés, coordination des soins, soins coordonnés, intégration des services, offre de services coordonnés**
health and social care, health services, social services Santé et services sociaux, système de santé, services sociaux, médico-social
Implementation, models, barriers, facilitators, outcome, indicator, Implantation, modèles, obstacles, facilitateurs, impacts, indicateurs

Les bases de données PubMed, CINAHL, Cochrane et PsycINFO, de même qu'Érudit et CairnInfo, ont été utilisées.

Les recherches ciblaient principalement les écrits de 2010 à aujourd'hui[1], mais d'autres articles plus anciens ont aussi été inclus afin de cerner les initiatives passées. Les articles scientifiques récents de type méta-analyse et revue systématique ont été priorisés afin de cerner efficacement les enjeux actuels en lien avec les thématiques d'intérêt. Des écrits à la fois quantitatifs et qualitatifs ont été considérés. La recension a été complétée par l'inclusion d'informations provenant de sites Internet gouvernementaux et professionnels décrivant notamment les programmes existants. Quelques articles du CPSI ont aussi été ajoutés à la banque.

Sélection et analyse préliminaire des écrits

Dans un premier temps, le titre et le résumé de l'article ont été consultés afin de vérifier si les thématiques étaient pertinentes à la recension. Par la suite, les contenus de l'article, principalement le contexte théorique et la discussion, ont été lus. Une attention particulière a également été portée aux sections Méthode et Limites afin de vérifier la rigueur méthodologique des études menées.

Organisation et analyse des écrits

Une fois la pertinence des articles confirmée, ceux-ci ont été ajoutés à la banque de gestion bibliographique Zotero. Ce logiciel, simple d'utilisation et accessible dans tous les pays et sur tous types d'ordinateurs, permet de regrouper, d'organiser, de citer et de partager différentes références (ex. articles scientifiques, livres ou chapitres, sites Internet) à partir d'un seul et même endroit. Des mots-clés ont été attribués à l'ensemble des articles. Ceux-ci ont également été classifiés selon diverses catégories pertinentes (ex. modèles existants, contexte français, populations ciblées).

[1] Nous avons constaté, lors de la recherche documentaire, que les 15 dernières années constituaient une plage temporelle suffisante pour recenser les expériences les plus significatives.

Définitions des concepts clés

Intégration des soins et des services[1]

Le terme « integrated care », pouvant être traduit par « intégration des soins » ou « soins intégrés » et rejoignant le concept de parcours de soin en France , est grandement utilisé dans les écrits scientifiques anglophones.

L'intégration fait référence aux méthodes, aux processus et aux modèles utilisés afin de parvenir à une meilleure coordination des soins et des services (Kelly et al., 2020). Elle englobe divers changements cliniques touchant la personne et son entourage, mais également des changements organisationnels et politiques visant à améliorer l'efficacité des services, l'expérience des personnes accompagnées (Couturier et al., 2011; Hughes et al., 2020) et la santé et le bien-être de la population de façon générale (de Matos et al., 2025).

La logique derrière l'intégration est qu'une approche plus centrée sur la personne accompagnée puisse être bénéfique pour celle-ci, et qu'elle permettra de diminuer la duplication des services (Kelly et al., 2020). Les soins intégrés ont pour objectif de rendre plus fluides les parcours de soins et de services afin de favoriser la continuité, notamment, par le biais d'un décloisonnement des services et d'une collaboration interprofessionnelle adéquate (Liapi et al., 2025).

Il existe différentes définitions de l'intégration des soins et des services (Kelly et al., 2020), certains auteurs ayant recensé 175 définitions distinctes dans la littérature (Armitage et al., 2009). Certaines sont axées sur les soins de santé uniquement, tandis que d'autres englobent les services sociaux. Force est de reconnaître qu'un flou conceptuel subsiste en ce qui a trait à l'intégration, rendant difficile d'identifier ses résultats potentiels et les méthodes d'évaluation qui devraient être utilisées (Kelly et al., 2020). Ce flou conceptuel peut partiellement être expliqué par le fait que l'intégration des services peut revêtir des sens distincts selon les acteurs (personnes accompagnées, professionnels, organisations, gouvernements, communautés, etc.) (CISSS, 2016; Lennox-Chhugani et al., 2022).

[1] Dans ce document, nous incluons souvent le terme « services », qui n'est pas toujours explicite dans les écrits scientifiques, car la coordination des soins peut s'appliquer sous la plupart des aspects à la coordination des services dits sociaux.

Un document de l'International Foundation for Integrated Care (Lennox-Chhugani et al., 2022) reconnaît l'importance que les systèmes de santé adoptent leur propre définition de l'intégration des soins, en cohérence avec les besoins des personnes accompagnées et du contexte de soins et de service. Ils proposent tout de même la définition plus globale de l'intégration suivante (traduction libre) : « des soins coordonnés et faciles à naviguer, qui répondent aux résultats qui comptent pour les personnes dans leur vie quotidienne et dans les communautés où elles vivent » (p.3)

Dans la littérature, l'une des définitions les plus utilisées est la suivante :

« L'intégration correspond à un ensemble cohérent de méthodes et de modèles aux niveaux du financement, de l'administration, de l'organisation, de la prestation des services et de la pratique clinique, visant à créer de la connectivité, de l'alignement et de la collaboration au sein des secteurs du traitement et des soins, ainsi qu'entre eux. »

(Liapi et al., 2025, p.2, traduction libre)

Comme l'explique l'auteur, l'objectif de ces méthodes et modèles est d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes concernées, la satisfaction des usagers et l'efficience du système pour les personnes présentant des situations complexes et persistantes qui traversent plusieurs services.

Pour leur part, Bloch et Hénaut (2024) retiennent la définition suivante de l'intégration, théorisée par Walter Leutz (1999) :

« L'intégration consiste à interconnecter le système de soins (soins aigus, soins de premier recours, soins spécialisés) avec les autres systèmes de services humains (i.e. soins de longue durée, éducation et insertion professionnelle, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer la situation des personnes (état clinique, satisfaction, et efficience)».

(Bloch & Hénaut, 2024, traduction libre des auteurs).

Pour les auteurs, les personnes présentant des handicaps physiques, des troubles du développement ou cognitifs qui sont souvent associés à des maladies ou des situations chroniques, sont les personnes qui pourraient bénéficier le plus de l'intégration des services.

L'intégration des soins dans les différents services « réguliers » concerne les politiques

publiques, les finances, la direction des services, et le niveau clinique. Les moyens de l'intégration incluent le partage de la planification, de la formation, de la prise de décision, des instruments, des systèmes d'information, du budget, des processus de repérage et de référencement, de la répartition des allocations, de l'offre de services, du suivi des situations et des retours d'information.

Une autre définition commune est la suivante, énoncée par la NHS England (2013) :

« Centré sur la personne, coordonné et adapté aux besoins et aux préférences de l'individu, de son proche aidant et de sa famille. Cela implique de s'éloigner d'une prise en charge épisodique pour adopter une approche plus holistique de la santé, des soins et des besoins de soutien, qui place les besoins et l'expérience des personnes au cœur de l'organisation et de la prestation des services ».

(traduction libre).

Matos et ses collègues (2025) résument ainsi les éléments clés de l'intégration des soins et des services. Notons que ces éléments rejoignent grandement la description de la coordination des soins, définie dans les pages suivantes (Khatri et al., 2023) :

- Une approche holistique des soins de santé, qui dépasse le traitement des maladies et des affections;
- Des soins centrés sur la personne, offrant des services plus personnalisés et axés en priorité sur les besoins des usagers ;
- L'efficience et l'optimisation des ressources, par la mise en commun des ressources de plusieurs secteurs, la réduction des dédoublements, la rationalisation des services et l'allègement de la pression sur le système de santé;
- Des soins préventifs, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé — tels que la pauvreté, l'éducation et le logement — en s'attaquant aux causes profondes des problèmes de santé avant leur apparition;
- L'équité et l'inclusion, visant à réduire les inégalités en santé et à promouvoir l'équité;
- Une orientation communautaire et populationnelle, l'intégration s'étendant au-delà des soins individuels pour se concentrer sur la santé des communautés et de la population dans son ensemble;
- Des politiques et une collaboration entre les agences gouvernementales, les prestataires de soins de santé et les autres parties prenantes concernées.

En outre, l'intégration peut être effectuée de deux façons : horizontale ou verticale. Notons toutefois que ces deux types d'intégration sont requis afin de contrer efficacement la fragmentation des services et par conséquent une rupture de services pour les usagers (CISSS, 2016, p.20) :

- Horizontale : intégration entre les organisations situées au même niveau ou au même stade du processus ou offrant des services similaires; ex. fusion d'hôpitaux de soins aigus situés sur différents territoires; fusion de services de deuxième ligne de différents domaines (ex. toxicomanie et DI). Renvoie à la collaboration interprofessionnelle, inter-organisationnelle et intersectorielle.
- Verticale : intégration d'organisations situées à des niveaux différents - primaire, secondaire ou tertiaire –pour les fusionner sous une nouvelle appellation; (ex. fusion des services jeunesse de deuxième et troisième ligne). Il peut également s'agir de faire correspondre le niveau clinique avec le niveau de la gestion, c'est-à-dire de considérer le premier niveau dans la prise de décision (Couturier et al., 2016; Zhang et al., 2025).

L'intégration peut également se faire selon diverses intensités, soit (Bloch & Hénaut, 2024; Couturier et al., 2016, citant Leutz, 2005) :

1 . Liaison (Linkage) : orientation vers d'autres services ou échange d'informations. Davantage pour les personnes autonomes ayant besoin d'un petit nombre de services. Liaison de professionnels demeurant autonomes sur le plan décisionnel.
2 . Coordination/coordination réseau : accordage des acteurs entre eux, tout en demeurant relativement étanche. Vise des fonctions cliniques plus complexes (ex. planification et délivrance des services).
3 . Intégration complète : pilotage de l'ensemble des soins s'adressant aux personnes davantage dépendantes par un service ou une organisation unique.

Plusieurs composantes sont nécessaires à la mise en œuvre l'intégration. Selon Valentijn et ses collaborateurs (2015), sept composantes doivent être considérées :

Prestation de services (plans de soin personnalisés et trajectoires intégrées visant à améliorer la santé de la population; ce point s'avère le plus étudié) ;

1 . Main-d'œuvre (équipes multidisciplinaires, gestionnaires de cas) ;

2 . Technologies de l'information (ex. amélioration du partage de données cliniques)
3 . Financement (ex. paiements groupés, incitatifs visant à encourager la coordination; ce point s'avère le moins étudié) ;
4 . Leadership et gouvernance (prise de décision partagée, transparence et imputabilité) ;
5 . Produits de soins ;
6 . Information et recherche.

Les soins primaires ou de première ligne sont une composante essentielle du bon fonctionnement des systèmes de santé et d'une intégration efficace des soins, ceux-ci assurant le premier contact avec la personne accompagnée, la prise en charge globale et la coordination des soins. Ces fonctions, nommées les 4C en anglais, sont conséquemment centrales à l'intégration des soins, étant impliquées dans plus de la moitié (57%) des interventions en lien avec l'intégration des soins (Zhang et al., 2025).

Parcours de soins et de services

Les parcours de soins et de services sont parmi les outils pouvant se retrouver au sein des soins intégrés. À nouveau, plusieurs termes sont utilisés pour décrire cette réalité dans la littérature anglophone (clinical pathway, integrated care pathway, care map, critical pathway) (Bloch & Hénaut, 2024).

Plusieurs organisations ont développé des parcours de services et un modèle de gestion visant à les coordonner, le tout dans le but de favoriser l'adaptation des soins aux besoins de la population, notamment, via une plus grande accessibilité et continuité des services (Maillet et al., 2025). Ces changements se sont appuyés sur deux éléments centraux, soit :

1 . L'approche des communautés stratégiques, caractérisée par une collaboration entre professionnels, gestionnaires, intervenants généralistes et spécialistes et représentants d'organisations communautaires, dont la collaboration a pour objectif de réfléchir à de nouvelles manières d'organiser les services.
2 . La mise en place d'une structure matricielle mettant en lien les structures d'implantation et de gestion, afin que des ajustements puissent être effectués tant du côté des professionnels administratifs que cliniques. Un tel fonctionnement permet une plus grande transversalité et flexibilité

organisationnelle et, conséquemment, une meilleure adaptation du système.

Certains auteurs avancent qu'il n'est pas suffisant de coordonner plus adéquatement les services et proposent plutôt un changement de perspective vers une philosophie davantage axée sur les trajectoires de soins et de vie (health and life trajectories). La perspective des trajectoires suppose que chaque situation est unique, indépendamment de la pathologie vécue, puisque chaque individu vit différemment celle-ci. Envisager les situations sous l'angle des trajectoires favorise une vision globale des dimensions de la vie d'une personne, en tenant compte de la manière dont les personnes perçoivent leur propre situation. (Touati et al., 2024). Cette philosophie a donné lieu à divers projets visant à mieux desservir les besoins des jeunes, notamment (ex. Aire Ouverte au Québec, Access-Open Minds et Foundry au Canada, Youth One Stop Shops en Nouvelle-Zélande) (Touati et al., 2024).

D'autres auteurs offrent une définition différente des parcours de soins, mettant l'accent sur le suivi à long terme des personnes accompagnées appartenant à un groupe spécifique :

« Une intervention managériale à long terme et complexe, adoptant une approche systémique, destinée à un groupe bien défini de patients qui parcourent l'ensemble du continuum de soins, de la prévention et du dépistage jusqu'au rétablissement ou aux soins palliatifs. »

(Gartner et al., 2022 , p. 18, traduction libre)

Ces mêmes auteurs ont identifié sept attributs récurrents dans la littérature décrivant les parcours de soins et assurant un parcours fluide et efficace aux usagers :

1 . La centralité des patients et des proches aidants, à travers les interactions entre la personne et l'ensemble des fournisseurs de services
2 . Le positionnement des acteurs professionnels impliqués dans le parcours de soins et de services
3 . La gestion opérationnelle du processus de prestation des soins et services
4 . Les spécificités des structures de coordination
5 . Le contexte structurel du système et des organisations
6 . Le rôle des systèmes d'information et de la gestion des données
7 . L'émergence d'un système apprenant (i.e. amélioration continue)

Coordination

Couturier et ses collègues (2016) proposent la définition suivante de la coordination :

« La coordination consiste à gérer ensemble (« co ») des interdépendances fonctionnelles de façon à mettre de l'ordre dans des situations complexes qui basculeraient très rapidement dans l'incohérence sans un secrétariat, sans protocoles cliniques et autres rencontres formelles et informelles entre intervenants. La cogestion des interdépendances est un processus continu si naturel qu'il s'effectue en gros de manière inconsciente par l'intermédiaire de pratiques quotidiennes d'ajustement mutuel profondément incorporées. » (p.150).

Il s'agit ainsi d'un processus allant au-delà de la relation professionnel-personne accompagnée et ayant pour but d'inclure l'ensemble des acteurs concernés gravitant autour de celle-ci (Teissonnières, 2024). La coordination a pour objectif de favoriser la complémentarité des services et la continuité des soins offerts à la personne accompagnée dans les différents secteurs de services (sanitaire, social et médico-social) (Anesm, 2018).

La coordination des soins comporte plusieurs niveaux, tels que décrits par Khatri et ses collègues (2023) :

- **Individuel** : coordination des soins pour les personnes accompagnées ayant divers besoins de santé, et ce, tout au long de leur vie, dans différents milieux et pour tous les types de soins (ex. promotion, prévention, dépistage, traitement, réadaptation).
- **Organisationnel** : services multidisciplinaires et collaboration interprofessionnelle, continuité des soins dans la communauté, circulation de l'information entre les différents acteurs et cohérence des interventions.
- **Systémique** : coordination de divers secteurs, tant au sein du système qu'à l'extérieur de celui-ci, afin d'optimiser l'organisation et la prestation de services et que ceux-ci demeurent soutenus et cohérents.

La coordination peut être divisée en deux sous-types, soit la coordination ordinaire, effectuée dans les activités professionnelles quotidiennes, et la coordination dédiée, faisant référence à une :

« [f]orme systématique et continue d'ajustement mutuel, soutenue par des dispositifs informationnels, et effectuée par un intervenant imputable de sa mise en œuvre, en partenariat avec l'usager et ses proches aidants, et de concert avec le réseau de partenaires intra et intersectoriels »

(Couturier et al., 2016, p.153).

« La coordination dédiée se fonde sur le principe voulant qu'une intervention de qualité s'effectue sur le temps long (la durée de la vie en perte d'autonomie fonctionnelle), dans l'espace vécu (tous les lieux de vie et de soins fréquentés par l'usager), et qu'elle ait pour finalité l'autonomisation de l'usager et de ses proches. Il s'agit alors moins de répondre à une demande immédiate de l'usager que d'inscrire la réponse à cette demande dans un projet global, soit le projet de vie de l'usager en matière de maintien ou de reconquête de son autonomie »

(Couturier et al., 2016, p.162).

Couturier et ses collègues (2016) représentent sur un continuum les pratiques de coordination (p.154), la gestion de cas à l'extrême droite étant requise pour les cas les plus complexes. Les pratiques mises en place pour une personne varient selon les résultats de l'évaluation standardisée effectuée et du jugement clinique du professionnel. « L'intégration de services ne doit donc pas promouvoir une conception mécaniste de la coordination, mais elle rejette également une pratique qui répond à la tête du client, selon l'humeur de l'intervenant ou les priorités managériales du moment. C'est pourquoi les diverses pratiques de coordination doivent s'intégrer dans un continuum des coordinations, allant de la plus simple à la plus complexe » (p.158)

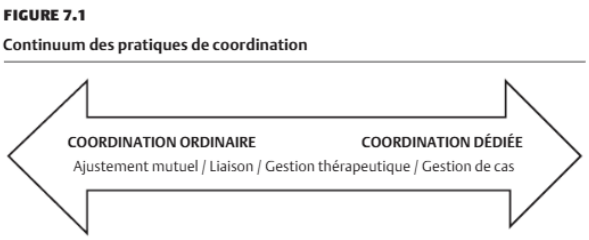


Figure 1. Continuum des pratiques de coordination représenté par Couturier et al. (2016)

Un flou sémantique subsiste en ce qui a trait aux emplois rattachés à la coordination, d'autant plus que la fonction n'est pas toujours nommée et reconnue (Teissonnières, 2024). En France, parmi les termes utilisés, notons médecins généralistes, les infirmières coordonnatrices, les gestionnaires de cas, les pilotes de MAIA, les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire, les référents en ARS ou en DAC… Ces professionnels de la

coordination ou coordonnateurs de parcours exercent auprès de la personne et de son entourage ou encore au niveau de la planification des actions d'un territoire ou d'une organisation (Bloch & Hénaut, 2014). Leurs pratiques varient toutefois.

« Certaines s'inscrivent du côté des pratiques de liaison, comme le ***référent unique,*** *dont la fonction consiste surtout à centraliser les requêtes concernant un usager, ou l'intervenant de liaison, dont la première responsabilité est d'assurer de bonnes transitions d'un établissement à l'autre.* ***L'intervenant réseau*** *est quant à lui un intervenant spécialisé de liaison agissant à l'interface de l'hôpital et des services de première ligne, principalement des services de soutien à domicile. »*

(Couturier et al., 2016, p.165)

«D'autres figures professionnelles de la coordination se déploient en fonction de problématiques spécifiques vécues par les usagers. Ces figures sont proches des approches de gestion thérapeutique (disease management), par exemple ***l'intervenant pivot,*** *dont l'action est surtout intraorganisationnelle, ou* ***le navigateur****, qui soutiendra par ses conseils l'usager dans ses divers parcours de soins liés à des problématiques biopsychosociales spécifiques, subaiguës et chroniques (par exemple : chirurgie de remplacement, cancer, diabète, dépression, démence, maltraitance, etc.) ou les clientèles pour qui l'organisation des services est par nature complexe »*

(Couturier et al., 2016, p.166)

Malgré les terminologies fort variables et les enjeux en présence les professionnels de la coordination présentent des rôles communs :

« [...] à savoir l'évaluation des besoins de la personne, la planification des soins et services avec la personne et l'équipe interdisciplinaire, l'aiguillage vers ces services et la facilitation de l'accès, le soutien à l'auto-gestion, la communication et le transfert d'information (5, 6). Le but commun de toutes ces modalités de coordination des soins est d'assurer l'accès de la personne et sa famille aux bons services, au bon endroit et au bon moment (7), et d'améliorer ainsi leur santé, leur bien-être, et leur qualité de vie. »

(Karam et al., 2024, p.6)

Modèles d'intégration et de coordination

Modèles théoriques et conceptuels

Le Tableau 1, basé sur les travaux de Peterson et ses collaborateurs (2018, 2019), présente quelques modèles théoriques et conceptuels d'intégration et de coordination des soins et des services parmi les plus influents dans la littérature selon ces auteurs. Notons qu'il en existe davantage, ces auteurs en ayant recensé 35. L'utilisation de ces modèles est recommandée lors de la conception et de l'évaluation des approches de coordination afin de monitorer et de favoriser leur mise en œuvre, l'intégration s'inscrivant dans un processus évolutif plutôt que dans une transformation ponctuelle. Ils facilitent notamment l'identification de facteurs et de mécanismes par lesquels une initiative produit ses effets et permettent de comparer les initiatives entre elles.

Tableau 1. Principaux modèles conceptuels de l'intégration

Modèle (pays)	Structure du modèle
Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) **(Pays-Bas, Singapour, Australie)**	Le modèle est développé en détails ci-bas.
The Integrated Team Effectiveness Model **(Royaume-Uni, Turquie, Corée du Sud, Canada)**	Modèle conceptuel axé sur les facteurs rendant les équipes interprofessionnelles efficaces en contexte de soins intégrés et de collaboration interdisciplinaire Trois grands niveaux : facteurs organisationnels/structurels (soutien de l'organisation, ressources disponibles, structures de gouvernance, politiques et financement), processus d'équipe (communication, coordination, confiance et respect mutuel, clarté des rôles, leadership partagé), résultats (qualité des soins, satisfaction des professionnels, satisfaction des patients, efficacité des services) Spécifique aux individus atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive
Development Model for Integrated Care (DMIC) **(Pays-Bas)**	89 activités distinctes pertinentes au développement et à l'implantation de l'intégration des soins Neuf catégories : centration sur la personne, système de prestation des services, gestion de la performance, qualité des soins, apprentissage orienté vers les résultats, travail d'équipe interprofessionnel, rôles et responsabilités, engagement, entrepreneuriat transparent Spécifique à certaines conditions (démence, crises cardiaques, infarctus)
Sustainable intEgrated chronic care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing, and performancE (SELFIE) [1] **(Pays-Bas)**	Individu au centre du modèle conceptuel regroupant 56 concepts reliés à la coordination des soins répartis entre six composantes distinctes (leadership et gouvernance, financement, prestation de services, information et recherche, technologie et produits médicaux, main-d'œuvre) et à l'intérieur de trois niveaux (micro, méso, macro)

[1] Le modèle SELFIE est schématisé à la page 6 du document suivant, rendant bien compte de sa complexité : https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/08/20160729_SELFIE_final_version_Executive_Summary_WP1.pdf

Modèle (pays)	Structure du modèle
Modèle sans titre **(États-Unis)**	Étude des relations complexes entre les mécanismes de coordination des soins, les processus, les conditions d'intégration et les résultats pour les personnes accompagnées en contexte de coordination Comment le « contexte et l'environnement » (modérateurs/intrants), les « mécanismes de coordination » (intrants) et les « conditions d'intégration émergentes » (médiateurs) influencent les « actions de coordination » (processus comportementaux proximaux) et les « résultats » (résultats proximaux et distaux), tant au sein d'une même équipe qu'entre équipes Modèle le plus complet (lieu, domaines de conception, prestation de services, leadership, gouvernance, main-d'œuvre)

Un exemple de cadre conceptuel général : le Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) [1]

Le RMIC est un cadre conceptuel intégrateur développé à partir de la littérature existante sur l'intégration des soins et services (Breton et al., 2019). Ce modèle :

« Vise par une approche systémique à comprendre la nature multifactorielle et complexe de l''intégration des soins dont la coordination des soins est la composante principale. Ce modèle présente le type d'intégration qui doit exister aux niveaux macro, méso et micro afin d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et de la population. »

(Karam et al., 2024, p.7).

Selon le RMIC, l'intégration peut être effectuée à trois niveaux complémentaires, soit micro-opérationnel, méso-organisationnel et macro-institutionnel (Valentijn et al., 2015).

Le RMIC comporte six dimensions réparties sous ces niveaux, tel que résumé par Menear et ses collègues (2017) :

« **L'intégration clinique** se produit au niveau micro et fait référence à la coordination des soins pour les patients dans un seul processus à travers le temps et à travers

différents types de professionnels et milieux de soins. L'intégration clinique est favorisée

[1] Le site Internet suivant représente schématiquement et résume bien le RMIC : Rainbow model for integrated care - Integrated Care Evaluation

par l'adoption d'outils de dépistage ou d'évaluation communs, les plans d'intervention partagés, la gestion de cas, la formalisation des systèmes de référence, les services de coordination, etc. L'intégration professionnelle et organisationnelle se déroule au niveau méso du système de santé.

L'intégration professionnelle englobe les activités de communication, de collaboration et d'apprentissage entre professionnels et comprend des stratégies telles que les discussions de cas ou rencontres d'équipes interdisciplinaires, la colocation des professionnels, les services de coordination-consultation, la formation interprofessionnelle, etc.

L'intégration organisationnelle renvoie aux relations formelles et informelles entre les organisations qui fournissent des services aux populations données. Ces relations couvrent le continuum des activités liées à la communication, la coordination, la collaboration et l'intégration (ex. : fusions).

Au niveau macro, **l'intégration systémique** assure une cohérence des politiques, des lois et des incitatifs à travers les différents programmes et lignes de services. Les stratégies spécifiques de ce domaine comprennent la planification et la gouvernance partagée des initiatives d'intégration, les politiques ou les orientations qui facilitent l'intégration, etc.

Finalement**, l'intégration fonctionnelle** se produit à travers les trois niveaux du système de santé et facilite la cohérence entre ces niveaux. Les stratégies d'intégration fonctionnelles visent à soutenir l'opérationnalisation des initiatives d'intégration par le biais de nouvelles approches de gestion des finances, de l'information, et de la qualité de soins. » (Menear et al., 2017, p.247-248).

Afin d'opérationnaliser les six dimensions précédentes, les auteurs proposent une taxonomie de 59 caractéristiques clés réparties à travers ces six dimensions, illustrant la complexité de l'intégration des services et la pluralité d'actions nécessaires à sa mise en œuvre.

Un exemple de modèle organisationnel intégré : le Chronic Care Model (CCM)

Le CCM est un modèle ayant pour objectif « d'insister sur la nécessité d'appréhender le système de soins de manière dynamique et englobante, c'est-à-dire comprenant, outre la partie sanitaire, toutes les interventions réalisées dans le milieu de vie de la personne (community). Le modèle des soins chroniques s'appuie sur des pratiques de diagnostic

et de soins standardisées, via l'élaboration de guides et de protocoles. Il met enfin également l'accent sur la participation des personnes à la construction de leur parcours, aussi bien dans une perspective de prévention que d'éducation thérapeutique. » (Bloch & Hénaut, 2024). Il met également l'accent sur la refonte des systèmes et des rôles, l'aide à la décision clinique, les systèmes d'informations et le soutien à l'autogestion des personnes accompagnées (Wagner et al., 1996, 2001).

Les modèles français

Dans les 25 dernières années, plusieurs structures de coordination ont été créées en France, tels que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), la méthode MAIA et le programme Paerpa (Bloch & Hénaut, 2014). D'autres structures ont aussi été mises en place dans le champ du handicap, tels que le programme « Une réponse accompagnée pour tous », les équipes relais handicap rare, les Pôles de compétences et de prestations externalisées et, plus récemment, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et l'offre ou plateforme de services coordonnés (ANAP, 2025). Ainsi, actuellement, la coordination se manifeste via plusieurs dispositifs variés, tels que les CLIC, les réseaux de santé, les SAMSAH et les MAIA (Bloch et al., 2011). La présente section fera état de différents concepts français d'actualité en France en lien avec l'intégration et la coordination des soins et des services.

Offre de services coordonnés avec la personne

L'offre de services coordonnés avec la personne, consiste en une « vision cible du système médico-social décloisonné modulaire et centré sur la personne permettant l'accès à un ensemble de services sans rupture (éducation, soins, logement, emploi). L'offre repose sur une organisation d'un ou de plusieurs gestionnaires afin de proposer une offre modulaire intégrant une porte d'entrée unique et toutes les modalités d'accompagnement (avec une souplesse de changement), inscrite sur un territoire et basée sur une fonction de coordination de parcours et une mission dite « ressource ». (ANAP, 2025, p.4; Guegan et al., 2025).

L'offre de services coordonnés a pour objectif d'offrir une réponse globale, souple et personnalisée aux besoins des personnes en situation de handicap, le tout dans une optique de co-construction avec l'ensemble des acteurs du territoire (coordination des

parcours, mutualisation des ressources, gouvernance partagée) dans le but d'offrir un accès facilité, continu et équitable aux services (ANAP, 2025).

L'offre de services coordonnés avec la personne comporte trois piliers fondamentaux :

1 . Accompagnement des parcours de vie
2 . Offre de services au plus près des personnes
3 . Organisation structurée en plateforme

Pour en savoir plus...

Transformation de l'offre médico-sociale : vers une offre de services coordonnés (Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, 2025)

https://www.anap.fr/s/article/transformer-offre-services-coordonnes-guide-pratique-boite-outils

Dispositif intégré

Le dispositif intégré consiste en un « mode de fonctionnement coordonné entre les établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap, en coopération avec les établissements d'enseignement afin d'éviter les ruptures de parcours, de faciliter les transitions, limiter les recours à la CDAPH et de mieux adapter les réponses aux besoins évolutifs des jeunes concernés. » (ANAP, 2025, p.4)

Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

« Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs [CTA, Réseaux de santé, MAIA, PTA et éventuellement CLIC, sur décision du Conseil départemental] en un interlocuteur unique » (ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2023). Les DAC appuient à la fois les professionnels, les personnes accompagnées et les aidants.

Prestation de coordination renforcée

La coordination renforcée, s'adressant aux personnes handicapées, s'apparente à la gestion de cas, qui sera abordée ultérieurement, ainsi qu'aux autres rôles joués par les autres dispositifs d'appui à la coordination existants. Ce type de coordination prend le relais de la coordination classique lorsque celle-ci n'est plus suffisante pour répondre aux besoins de la personne accompagnée, en raison de la complexité de la situation nécessitant un accompagnement plus global et l'implication de plusieurs prestations et services différents (CNSA, 2020). La coordination renforcée présente les caractéristiques suivantes (CNSA, 2020) :

- Mobilisation des ressources territoriales et assurance de la cohérence du parcours de la personne accompagnée
- Analyse croisée et partagée de la situation
- Coresponsabilité des acteurs en présence quant à l'accompagnement de la personne
- Pilotage d'une évaluation multidimensionnelle afin de bien cerner la situation

Pour en savoir plus...

Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2020) :

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-07/Nomenclatures-SerafinPH-detaillees_vf.pdf

Modèles canadiens et québécois

Mise en contexte

Au Québec, depuis 30 ans, plusieurs réformes structurelles visant à mieux intégrer les services ont été effectuées (Couturier et al., 2025). La plus récente réforme des services de santé et de services sociaux a pris place de 2015 à 2025, avec pour objectif la simplification de l'accessibilité des services, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de même que l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité du réseau

(ministère de la Santé et des services sociaux, 2014).

Cette réforme a donné lieu à la création de superstructures (CSSS, puis CI(U)SSS[1]) (Touati et al., 2024), ainsi qu'aux GMF (groupes de médecine familiale avec équipe interdisciplinaire recevant du financement public). Ceux-ci visent à favoriser la cohérence des trajectoires de soins entre les soins primaires et les services publics, en plus de mettre en place des lieux de concertation permanents par sous-territoire, via les Réseaux locaux de services (RLS) (Couturier et al., 2025).

Les sections suivantes présentent quelques modèles d'intégration québécois et canadiens.

Modèle PRISMA / Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Le modèle PRISMA a pour objectif de favoriser la continuité informationnelle, relationnelle et clinique autour de la personne accompagnée. Ce modèle est aujourd'hui incorporé dans un programme provincial plus large, soit le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).

Ce modèle implique divers mécanismes et outils de coordination, soit :

1) « Une concertation des acteurs stratégiques (les décideurs), tactiques (les gestionnaires) et opérationnels (les professionnels) qui auront pour mandat de créer les conditions de la mise en cohérence des diverses composantes du réseau de services intégré lors de la phase d'implantation, mais aussi tout au long de sa pérennisation. Cette concertation peut par exemple prendre la forme d'une table permanente de concertation entre les acteurs membres du réseau.
2) Un dispositif humain de coordination des services, ici la gestion de cas.
3) Un guichet unique ou intégré, soit le mécanisme par lequel on s'assure que toute demande de services est examinée de la même façon sur un territoire donné.
4) Un outil d'évaluation standardisé et multidimensionnel, qui permet d'ancrer l'organisation des services requis pour un usager dans une lecture rigoureuse de ses besoins. Cette évaluation sera reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et fera l'objet de mises à jour régulières.
5) Un outil commun de planification individualisée des interventions. Cette

[1] Depuis le 1er décembre 2024, la quasi-totalité des CISSS et CIUSSS ont intégré la société d'État : Santé Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux conserve les grandes orientations, le budget et les objectifs. Santé Québec assure la gestion opérationnelle, avec un conseil d'administration indépendant, dans le but de séparer le pilotage quotidien de la politique

planification sera reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et engagera chacun des partenaires identifiés dans la réalisation des objectifs.

6) Un système d'information partageable. » (Couturier et al., 2011, p.137-138).

PRISMA consiste également à assurer quatre actions précises, soit :

- « Créer des espaces de concertation stratégiques, tactiques et opérationnels pour construire les conditions d'un déploiement efficace
- Utiliser les gestionnaires de cas afin qu'il remplisse trois fonctions, soit :
  - Diffuser de proche en proche, sur un mode relationnel, les principes de l'innovation.
  - Permettre l'ajustement du modèle à l'infinité des complexités des situations cliniques.
  - Remonter vers les instances supérieures de concertation les entraves au bon déploiement du modèle, de façon à en favoriser l'ajustement continu aux besoins des populations visées.
- Mettre en place un dispositif de recherche participative ayant pour but de documenter le processus d'implantation et de nourrir en cours d'action les adoptants de l'innovation.
- Mettre en place un dispositif d'accompagnement de la diffusion de l'innovation ayant pour but de soutenir les différents partenaires dans leur travail d'implantation » (Couturier et al., 2011, p.139).

Pour en savoir plus...

PRISMA – Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes (Hébert, Tourigny & Gagnon, 2004) :

https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_prisma.livre-volume1.pdf

Réseaux intégrés de services jeunesse (RSIJ)

Le réseau intégré de services jeunesse (RSIJ) a été mis en place au Québec, Canada. Ce

modèle a pour objectif d'améliorer le bien-être et la trajectoire de services des jeunes de 12 à 25 ans. Un modèle similaire, Foundry, est également implanté en Colombie-Britannique.

Le modèle RSIJ est composé de neuf dimensions, soit :

1) Services intégrés et espace à l'image des jeunes (équipe multidisciplinaire dédiée et services sous le même toit)
2) Services accessibles et adaptés à la réalité des jeunes (aucun besoin de référence formelle, périodes de services flexibles, réponse rapide, voire immédiate, aux besoins, services adaptés à la culture des jeunes)
3) Promotion des services et image de marque (implication des jeunes au sein de ceux-ci, promotion par le biais des réseaux sociaux et de lieux fréquentés par les jeunes, organisation d'activités de sensibilisation)
4) Collaboration des partenaires (donner du pouvoir à ceux-ci, offrir des activités de formation communes)
5) Trajectoire de services continue (équipes de professionnels maintenus, références et accompagnement personnalisé durant la transition vers d'autres services, notamment, à l'âge adulte)
6) Place aux jeunes, aux parents et aux proches (participation des jeunes et implication des parents et des proches dans les services)
7) Gouvernance intégrée et intersectorielle
8) Financement récurrent et reddition de comptes réinventée (s'assurer des compétences de l'équipe en ce sens et s'assurer d'un financement national à long terme; prise en considération du temps nécessaire pour les collaborations, allocation de ressources aux tâches à effectuer en arrière-plan)
9) Démarche de recherche/évaluation intégrée

Prescription sociale

La prescription sociale (social prescribing) est un dispositif structurant visant à relier les soins de santé aux ressources communautaires et à faciliter la mise en place de nouveaux groupes locaux (NHS England, 2020). Développée initialement au Royaume-Uni et implantée au Canada, cette approche constitue un outil opérationnel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé par le biais de références soutenues vers des services non cliniques. Elle repose sur un mécanisme formalisé de référencement vers des ressources communautaires (ex. soutien alimentaire ou financier, groupes de marche, activités artistiques, visites de courtoisie), le tout appuyé par des intervenants-

pivots (link workers) ou prescripteurs sociaux, chargés d'assurer l'accompagnement, la continuité et le soutien à l'autogestion, intégrant les déterminants sociaux dans les parcours de soins, la prescription sociale favorise l'articulation entre organisations de santé et réseaux communautaires, contribuant ainsi à une approche plus globale et centrée sur la personne, particulièrement pour les populations vulnérables, isolées socialement ou atteintes de maladies chroniques (NHS England, 2020; Pescheny et al., 2018). Au Canada, son déploiement s'inscrit notamment dans les travaux du Canadian Institute for Social Prescribing, qui soutient l'implantation d'initiatives locales et le développement d'outils et de ressources.

Maillons santé (Health Links)

Maillons santé (Health Links) est un modèle de coordination des soins centré sur les patients s'adressant aux personnes ayant des besoins de santé complexes (Martin et al., 2019). Plus précisément, Health Links regroupe des praticiens du secteur de la santé afin d'offrir une coordination des soins renforcée, centrée sur la personne, ainsi qu'un soutien à la navigation dans le système pour les patients complexes, en favorisant une meilleure communication entre le médecin et les autres professionnels.

L'outil utilisé par Health Links est le plan de soins coordonné (Coordinated Care Plan – CCP), un document évolutif qui aide les patients et leurs proches aidants à définir leurs objectifs, à consigner les informations de santé et à élaborer un plan adapté aux besoins spécifiques de la personne accompagnée. Le coordonnateur facilite la navigation dans le système et la communication entre les secteurs de la santé et des services sociaux; il effectue des références vers des professionnels variés du réseau ainsi que vers les services de soins à domicile et de soutien communautaire. Il peut également orienter vers l'équipe spécialisée Dual Diagnosis Consultation Outreach Team (équipe de santé mentale ciblant les adultes ayant une DI/TSA).

Dans certains cas, le coordonnateur soutient la complétion de formulaires et de demandes visant l'obtention d'un soutien financier, de services de répit ou de programmes de jour. Des discussions concernant la planification des soins et l'hébergement en soins de longue durée sont menées avec chaque personne, et l'acquisition d'aides techniques (ex. lits électriques, lève-personnes) est facilitée afin de soutenir le maintien à domicile (Martin et al., 2019). Maillons santé a, par ailleurs, été adapté aux adultes ayant une déficience intellectuelle afin de répondre à leurs besoins spécifiques (Martin et al., 2019).

Primary Care Networks

Les Primary Care Networks (PCN) sont des réseaux regroupant les soins primaires d'un même territoire. Ces réseaux regroupant médecins et autres professionnels d'horizons variés ont pour objectif de s'assurer que les soins et les services soient centrés sur les besoins des personnes accompagnées et que celles-ci puissent avoir accès à des soins de qualité au bon moment.

> *« Il est également soutenu que les modèles en réseau de prestation de services permettent une orchestration efficace des soins en coordonnant les activités des prestataires à différents niveaux du système et en favorisant l'établissement d'un climat de confiance, ce qui accroît l'accès aux ressources et améliore la gouvernance »*

(Popp et al., 2015, cités dans Agyemang-Benneh et al., 2023, traduction libre).

Pour ce faire, le travail collaboratif s'avère essentiel; des liens sont donc établis entre ces professionnels et ceux d'autres secteurs (ex. santé mentale, psychiatrie, milieu résidentiel), et des activités de coordination avec plusieurs services sont effectuées (ex. soins hospitaliers et spécialisés, notamment dans la communauté) (Family Practice Services Committee, 2024).

Les PCN sont présents au Canada, mais également en Angleterre et dans divers pays à revenus faibles et à revenus intermédiaires inférieurs (Agyemang-Benneh et al., 2023). Bien qu'ils présentent certaines différences, leurs caractéristiques principales s'avèrent connexes.

Modèles implantés à l'international

Le Tableau 2, basé sur celui de Matos et ses collègues (2025) et enrichi des réformes, programmes ou modèles visant à renforcer l'intégration des soins et des services retenus par l'OCDE (2023),[1] présente plusieurs initiatives d'intégration mises en place dans différents pays et leurs caractéristiques clés.

[1] L'OCDE (2023) a publié un rapport très exhaustif (369 pages) basé sur l'analyse de 13 études de cas d'intégration des soins dans divers pays de l'OCDE et de l'UE. Ces initiatives couvrent un large éventail de modèles, allant de projets pilotes déployés à l'échelle locale à des programmes nationaux visant l'ensemble de la population. Ces modèles ciblent également divers niveaux de soins (ex. sous-groupe spécifique de la population vs soins et services dans leur ensemble).

Pays	Modèle d'intégration	Caractéristiques clés
Royaume-Uni et Écosse	Partenariats santé–services sociaux (HSCP) avec gouvernance et budgets conjoints	Soins centrés sur la personne, services communautaires, budgets partagés
Suède	Modèle de Norrtälje et Projet Esther — structures conjointes et conception centrée sur le patient	Prise de décision partagée, leadership local, utilisation des récits des patients dans la conception
Allemagne	Gesundes Kinzigtal — partenariats assureurs-prestataires axés sur les soins fondés sur la valeur	Intervention précoce, adaptation régionale, financement basé sur les résultats, gestion populationnelle et coordination des prestataires
République tchèque	Système principalement hospitalier avec intégration limitée ; prise en charge informelle des aînés	Faibles dépenses publiques, forte dépendance aux proches aidants, intérêt politique pour des réformes
Danemark	Coordination au niveau municipal ; accent sur la prévention et les soins à domicile	Accès universel, prestation locale des services, valorisation de l'autonomie et de l'autosoins
Italie	Modèle communautaire de santé mentale de Trieste avec forte mobilisation citoyenne	Soins psychiatriques à porte ouverte, équipes multidisciplinaires, approche fondée sur les droits
Pays-Bas	Buurtzorg — soins à domicile dirigés par des infirmières, équipes autogérées et innovation décentralisée ParkinsonNet – réseau spécialisé	Haut niveau de satisfaction et d'efficience, forte présence communautaire, efforts de numérisation, coordination interprofessionnelle spécialisée
États-Unis	Expansion de Medicaid et obligations à impact social ; intégration limitée par la fragmentation du système	Mixte public-privé, attention aux déterminants sociaux, contraintes politiques et structurelles
Espagne	Hospital at Home et initiatives régionales de gestion de la multimorbidité	Hospitalisation à domicile, coordination entre niveaux de soins et approche centrée sur le patient

Tableau 2. Modèles existants dans le domaine de l'intégration des soins et des services sociaux (tableau tiré de Matos et al., 2025, bonifié avec les initiatives identifiées par l'OCDE, 2023)

Le tableau ne s'avère pas exhaustif, les modèles existants étant très nombreux (42 systèmes de soins et services intégrés étaient recensés uniquement au Royaume-Uni en 2020) (The King's Fund, 2020). Les modèles canadiens et français, pour leur part, seront discutés ultérieurement plus en détail.

Matos et ses collègues (2025) effectuent les constats suivants, à la lumière de l'analyse des modèles présentés dans le tableau :

Le Royaume-Uni s'appuie sur le National Health Service (NHS) financé principalement par l'impôt, offrant une large couverture publique et une tradition ancienne d'articulation entre santé et services sociaux. L'intégration y est portée par un engagement politique fort et par une coordination entre le NHS et les autorités locales.

L'Écosse représente une déclinaison particulièrement structurée de cette logique à travers les Health and Social Care Partnerships (HSCP). Ce modèle repose sur une gouvernance conjointe entre les conseils locaux et les autorités sanitaires, ainsi que sur des mécanismes de budgets mutualisés visant une allocation plus flexible des ressources. L'approche écossaise met l'accent sur les soins centrés sur la personne, le soutien communautaire et l'intervention précoce, avec pour objectifs l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des hospitalisations. La définition explicite d'objectifs de santé et de bien-être, l'implication des communautés et l'usage d'outils numériques soutiennent sa mise en œuvre.

La Suède adopte également une approche d'intégration structurelle à travers le modèle de Norrtälje, qui regroupe sous une même gouvernance et un budget commun les services de santé régionaux et les services sociaux municipaux. Cette organisation facilite la coordination pour les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques. Par ailleurs, le projet Esther illustre une transformation centrée sur l'expérience des usagers, utilisant les récits de patients pour réorganiser les parcours. Ces initiatives démontrent comment la gouvernance collaborative et la mobilisation locale peuvent réduire la fragmentation, tout en soulignant le caractère exigeant de ces démarches en termes de leadership et de capacité administrative.

En Allemagne, l'intégration s'inscrit dans un système fédéral et assurantiel décentralisé. Le modèle Gesundes Kinzigtal illustre une intégration populationnelle fondée sur des partenariats entre assureurs, professionnels et organisations communautaires, avec un financement orienté vers les résultats. Les améliorations observées montrent le

potentiel d'un alignement des incitatifs financiers.

D'autres pays présentent des formes d'intégration plus partielles ou spécifiques. La République tchèque, malgré une couverture universelle, demeure centrée sur les soins hospitaliers et entretient conséquemment une forte dépendance à l'égard des proches aidants.

À l'inverse, les Pays-Bas illustrent une intégration organisationnelle innovante à travers Buurtzorg, fondée sur des équipes infirmières autogérées, une forte autonomie professionnelle et une coordination de proximité soutenue par des outils numériques. ParkinsonNet, pour sa part, consiste en une intégration clinique et professionnelle reposant sur un réseau de professionnels spécialisés, mettant à profit la formation ciblée, la concentration de l'expertise et la coordination interprofessionnelle afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins.

L'Italie, notamment à travers la réforme de Trieste en santé mentale, démontre le rôle du leadership local, de l'engagement civique et d'une approche fondée sur les droits dans la transformation des services.

Enfin, les États-Unis contrastent grandement avec les modèles européens. Dans un système largement orienté par le marché et très fragmenté, l'intégration repose sur des initiatives ciblées, telles que l'expansion de Medicaid ou des mécanismes innovants de financement préventif.

Dans l'ensemble, la comparaison internationale fait ressortir trois déterminants de l'intégration :

1 . **Le degré de centralisation et la clarté de la gouvernance conjointe,**
2 . **L'alignement des mécanismes de financement**, notamment par la mutualisation budgétaire ou les incitatifs fondés sur la valeur,
3 . **La capacité des acteurs locaux à mobiliser leadership, collaboration et outils numériques.**

Ces expériences confirment que bien que l'objectif de l'intégration soit le même, celle-ci peut s'actualiser différemment selon les contextes dans lesquelles elles sont implantées.

Gestion de cas (case management)

La gestion de cas, présente dans différents pays, est un type d'intégration des soins pouvant être défini comme :

« Agir comme défenseurs des patients afin de soutenir, guider et coordonner les soins pour les patients, leurs familles et leurs proches aidants tout au long de leur parcours de santé et de bien-être [20]. » (Case Management Society of America, cite par Hudon et al., 2024, p.2., traduction libre).

La gestion de cas a pour objectif d'évaluer la situation de la personne accompagnée de façon approfondie. Ce rôle implique de créer une relation de confiance avec la personne, de mettre de l'avant ses besoins et de coordonner et de faciliter le travail de l'équipe. Elle peut également permettre d'améliorer la collaboration entre les professionnels, de même que le soutien social autour de l'individu (Hudon et al., 2024).

« Il existe de très nombreuses conceptions de la gestion de cas, chaque fois adaptées aux contours du système de santé et de services sociaux à intégrer, mais aussi aux objectifs de transformation visés localement par le dispositif intégrateur. Il est possible de les distribuer sur un continuum conceptuel qui va de la fonction de courtier de services, s'affairant surtout à la coordination et à la planification et ne prodiguant pas de services cliniques à la clientèle, à une fonction de clinicien-coordonnateur, axée avant tout sur la relation thérapeutique et la prestation de services professionnels disciplinaires à l'endroit de l'usager, et auxquels s'ajoutent des actes de coordination dédiée. Dans sa forme extrême, notamment développée par des compagnies d'assurances américaines estimant que trop de services sont donnés sans preuve de leur efficacité, le gestionnaire de cas de type courtier de services analyse les dossiers cliniques et formule des recommandations, voire des prescriptions, pour optimiser les traitements exécutés par les intervenants de terrain » (Couturier et al., 2016, p.169-170).

La gestion de cas peut concerner une partie de la population (case management) présentant des enjeux divers (ex. personnes âgées en perte d'autonomie, personnes DI/TSA) ou une partie présentant une maladie ou une problématique particulière (disease management) dont la complexité exige la conjugaison de compétences et savoirs variés (ex. cancer, diabète) (Couturier et al., 2016).

Plus précisément, les tâches attendues du gestionnaire de cas consistent… :

1 . « À réaliser avec l'usager une évaluation clinique exhaustive de ses besoins sanitaires et sociaux afin de déterminer si elle a besoin d'un accompagnement de type gestion de cas. Cette évaluation sera mise à jour périodiquement ;
2 . À assurer le rôle de référent-coordinateur pour l'usager, peu importe où il se trouve dans le système d'intervention ;
3 . À planifier les services nécessaires découlant de l'évaluation des besoins ;
4 . À faire les démarches administratives requises pour l'obtention des services ;
5 . À assurer un suivi longitudinal, proactif et systématique de la réalisation des services planifiés. » (Couturier et al., 2011, p.137)

En terminant, la gestion de cas est un outil clinique essentiel au service de l'intégration des services, et la seule présence de celle-ci ne permet pas d'assurer l'intégration des soins. Celle-ci doit donc être accompagnée de différents mécanismes énoncés précédemment (ex. guichet d'accès, modes de financement adéquats, concertations) (Couturier et al., 2011).

Principes transversaux aux dispositifs d'intégration et de coordination

Points communs des modèles

Malgré la pluralité de modèles recensés tant en France, au Canada et ailleurs à l'international, certaines composantes communes peuvent être identifiées, telles que :

1 . La centralité de la personne au sein du processus;
2 . L'évaluation de ses besoins avec un outil commun et standardisé;
3 . L'élaboration d'un plan individualisé, dont la matrice est commune à tous les acteurs potentiels;
4 . La présence d'un coordonnateur de parcours (ex. gestionnaire de cas, intervenant pivot);
5 . Une collaboration interprofessionnelle structurée;
6 . Une intégration multi-niveau (macro-méso-micro);
7 . L'utilisation de protocoles standardisés.

Toutefois, il est possible de constater que ces composantes ne peuvent pas être opérationnalisées sous une forme universelle. L'intégration ne constitue pas un modèle figé, mais plutôt un processus façonné par les structures de gouvernance, les mécanismes de financement, les cultures professionnelles et les réalités territoriales propres à chaque contexte (Bentayeb et al., 2022 ; Hughes et al., 2020 ; Matos et al., 2025).

Ainsi, les modèles d'intégration apparaissent davantage comme des cadres de réflexion permettant d'orienter l'action que comme des prescriptions standardisées. Leur mise en œuvre repose sur une interaction dynamique entre volonté politique, capacités organisationnelles et participation des acteurs locaux, tout en incluant les personnes accompagnées et les professionnels concernés et en tenant compte du contexte d'implantation. Cette complexité explique en partie la difficulté à opérationnaliser de façon universelle les composantes clés d'un modèle gagnant (Bentayeb et al., 2022). En

d'autres termes, il n'y a pas de « taille unique » à l'intégration des services en raison de la complexité de ceux-ci (Heyeres et al., 2016).

Au-delà de la diversité des modèles de coordination et d'intégration des services recensés, la littérature met en évidence un ensemble de principes transversaux qui structurent leur conception, leur mise en œuvre et leur évolution. Ces principes ne constituent pas des modèles en soi, mais renvoient à des logiques d'action, de gouvernance et de relation qui traversent les dispositifs, indépendamment de leur configuration institutionnelle ou territoriale. L'approche populationnelle, la reconnaissance du patient comme partenaire et la co-responsabilité communautaire apparaissent ainsi comme des fondements communs des initiatives contemporaines visant à répondre à la complexité des besoins de santé et de services sociaux.

Approche populationnelle

L'approche populationnelle constitue un principe central des dispositifs de coordination et d'intégration, ces derniers permettant d'incarner les principes de l'approche populationnelle au sein du système. Cette approche stipule que les besoins de la population structurent l'organisation des services et non l'inverse et que l'organisation intégrée est responsable de répondre aux besoins de la population de son territoire (Couturier et al., 2016).

« L'approche populationnelle constitue une stratégie globale visant à réaliser de manière intégrée des actions ou des interventions sur l'ensemble des facteurs qui déterminent la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent, en partant d'une analyse rigoureuse des besoins exprimés et non exprimés de ce collectif vivant sur un territoire géographiquement défini. La réponse concertée aux besoins de ce collectif requiert un partage de responsabilités de tous les acteurs et secteurs d'activité ; cette réponse est donc profondément intersectorielle »

(Couturier et al., 2016, p.13-14).

Contrairement à une logique strictement centrée sur la demande individuelle, cette approche vise à anticiper les besoins, à stratifier les niveaux de vulnérabilité et à organiser les services de manière proactive et équitable. Elle est particulièrement mobilisée dans les contextes où les trajectoires de soins sont marquées par la chronicité, la multimorbidité ou l'intervention de multiples acteurs, et elle soutient une planification intégrée fondée sur les données populationnelles et territoriales.

L'approche populationnelle comporte trois finalités, que l'on cherche à atteindre par le biais de l'intégration des services :

1 . Amélioration de la santé et du bien-être de la population
2 . Amélioration de l'expérience des soins et des services par les personnes accompagnées, notamment en favorisant leur participation à ceux-ci
3 . Amélioration de la performance fonctionnelle des organisations

Le tableau 3 suivant, extrait de Couturier et ses collègues (2016), résume bien les distinctions entre la logique clientèle et organisationnelle et la logique populationnelle. L'intégration des services est l'un des moyens pouvant être utilisés afin de trouver un équilibre entre ces deux logiques.

Tableau 3. Comparaison entre la logique clientèle et organisationnelle et la logique populationnelle (tiré de Couturier et al., 2016)

Logique clientèle et organisationnelle	Logique populationnelle
Découpage des services en fonction des maladies et problèmes ou de critères administratifs *(par exemple : âge)*	Continuum de services tout au cours de la vie
Usager individuel	Population et déterminants de la santé
Responsabilité individuelle	Responsabilité collective
Réponse à des demandes	Réponse aux besoins exprimés et non exprimés
Logique organisationnelle	Logique réseau
Gestion centrée sur la production interne	Gestion centrée sur les effets en matière de santé et de bien-être
Compétition, fragmentation sectorielle, multidisciplinarité	Intégration, partenariat intersectoriel et collaboration interprofessionnelle
Résultats : production et consommation de services	Résultats : impacts sur la santé, le bien-être et l'expérience de soin

Patient-partenaire

La reconnaissance du patient comme partenaire constitue un principe structurant des approches intégrées centrées sur la personne. Elle implique un changement de posture dans les relations entre professionnels, usagers et proches, en valorisant l'expérience vécue comme une forme de savoir complémentaire aux expertises professionnelles. Le patient partenaire n'est plus uniquement bénéficiaire des services, mais acteur actif de son parcours, contribuant à la définition des priorités et aux décisions cliniques.

Selon le cadre de l'OCDE pour des systèmes de santé centrés sur l'individu, les critères suivants permettent d'évaluer le niveau de centration sur l'individu des systèmes de santé : définition des aspects importants, participation aux décisions, prise en compte de la personne dans sa globalité, absence de nécessité de répéter les informations, coordination des soins, aide à l'autogestion, information à des fins d'autogestion, confiance dans la capacité d'autogestion (OCDE, s. d., 2025). Le patient partenaire possède également plusieurs savoirs (savoirs d'autogestion et de navigation, savoirs relationnels, culturels, médicaux et incarnés) (Collège des Médecins du Québec, s. d.). Ce principe soutient une intégration plus fine des services autour des besoins réels des personnes et favorise une meilleure adéquation entre les interventions proposées et leurs attentes.

Co-responsabilité communautaire

La co-responsabilité communautaire constitue le troisième fondement des dispositifs de coordination et d'intégration recensés. Elle précise la manière dont la réponse aux besoins se construit : non pas par la seule organisation des services publics spécialisés, mais par un partage effectif de responsabilités entre les acteurs de la santé, des services sociaux et ceux de la communauté. Là où l'approche populationnelle désigne le collectif et le territoire comme point de départ, et où le patient partenaire reconnaît la personne comme acteur de son parcours, la co-responsabilité communautaire désigne les organisations et les milieux de vie comme parties prenantes de la réponse.

Ce principe est déjà contenu dans la définition de l'approche populationnelle retenue par Couturier et ses collègues : la réponse concertée aux besoins d'un collectif vivant sur

un territoire défini « requiert un partage de responsabilités de tous les acteurs et secteurs d'activité » et est, de ce fait, « profondément intersectorielle » (Couturier et al., 2016, p. 13-14). La co-responsabilité n'est donc pas un partenariat de courtoisie ni une délégation de services. Elle suppose que les organismes communautaires, les ressources de proximité et les partenaires des autres secteurs (municipal, scolaire, de l'emploi, de l'habitation, ...) participent à la lecture des besoins des populations sur le plan des indicateurs de leur santé, à la définition des priorités et au suivi des réponses, et non seulement à l'exécution d'orientations décidées ailleurs.

Elle suppose aussi que ces secteurs conservent, ou reprennent, la part de responsabilité qui leur revient. La co-responsabilité n'est pas seulement une invitation faite aux partenaires à siéger. C'est le refus d'un transfert silencieux de responsabilité. A titre illustratif, on constate qu'historiquement en France, une part de ce qui relève de la responsabilité du milieu ordinaire (scolarisation, logement, emploi, vie sociale ...) a souvent été déléguée aux établissements et services médico-sociaux, qui se sont retrouvés alors sur-responsabilisés : chargés à la fois de l'accompagnement spécialisé de soins médico-sociaux, mais aussi de compenser la part de de la réponse que l'école, le bailleur ou l'employeur n'assuraient plus. L'offre de services coordonnés avec la personne prend le contre-pied de cette délégation. Elle vise un accès sans rupture à un ensemble de « services communs dans les lieux communs prévus à cet effet » (Piriou, É, 2025. Vers une société inclusive [entretien]. Centre de preuves société inclusive) qui comprend l'éducation, les soins, le logement et l'emploi (ANAP, 2025; Guegan et al., 2025). Le dispositif intégré va dans le même sens : les établissements et services médico-sociaux coopèrent avec les établissements d'enseignement pour éviter les ruptures, ils ne s'y substituent pas (ANAP, 2025). Les services spécialisés appuient la personne et son environnement, au plus proche du milieu de vie que la personne a choisi dans le cadre de son parcours de vie. Il n'absorbe pas la responsabilité du droit commun.

Contrairement à une logique de référencement, où la communauté est une ressource vers laquelle on oriente une fois le plan clinique établi, la co-responsabilité reconnaît à ces acteurs une connaissance propre des milieux, des déterminants sociaux et des réponses qui se construisent hors des établissements. La démarche « d'approche milieu[1] » et les orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux de services communautaires vont dans ce sens en appelant des services communautaires locaux ancrés dans la réalité du territoire et des communautés qui le composent (Gouvernement du Québec, 2025). Les modèles internationaux recensés retiennent la même condition : l'implication explicite des communautés dans les partenariats écossais, la place des organisations communautaires dans les démarches

[1] Guay, J. (1996). L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens. Service social, 45(2). https://doi.org/10.7202/301365ar

populationnelles américaines, ou encore la co-construction territoriale visée par l'offre de services coordonnés avec la personne (Matos et al., 2025; ANAP, 2025).

La co-responsabilité communautaire comporte quatre conditions, que l'intégration des services cherche à réunir :

1 . Une reconnaissance mutuelle des savoirs, le savoir d'usage et le savoir de milieu étant tenus pour complémentaires de l'expertise clinique et organisationnelle ;
2 . Une place réelle dans la gouvernance, et non une consultation en aval des décisions, ce qui implique des instances où les partenaires communautaires et intersectoriels siègent avec une capacité d'influence ;
3 . Des moyens à la hauteur du rôle attendu, la co-responsabilité devenant purement formelle lorsque les asymétries de pouvoir, de financement et d'information demeurent inchangées ;
4 . Le maintien, par chaque secteur, de la responsabilité qui est la sienne : l'école pour la scolarisation, le logement pour l'habitat, l'employeur et les acteurs de l'emploi pour l'activité, la municipalité pour la vie locale ... Le service spécialisé coordonne et appuie. Il ne devient pas le délégataire de ce que le milieu ordinaire a la responsabilité d'assurer.

La littérature recensée montre que cette condition est aussi la plus fragile. Les réformes de gouvernance accordent souvent un pouvoir plus grand au secteur de la santé qu'au secteur communautaire, et l'absence de contact structuré avec la communauté, les usagers ou les partenaires locaux compte parmi les obstacles récurrents à l'intégration (Couturier et al., 2011). L'autre versant du même déséquilibre est la sur-responsabilisation des établissements spécialisés, lorsque les acteurs du droit commun se dessaisissent de leur part. Sans ces quatre conditions, la co-responsabilité communautaire reste un principe affiché plutôt qu'un mécanisme de coordination.

Facteurs de réussite et facilitateurs

Les prochaines pages font état des facteurs de réussite et des facilitateurs à l'intégration des soins et services identifiés dans la littérature. Notons que les éléments varient grandement selon que soient interrogés les personnes accompagnées, les professionnels, les gestionnaires ou les décideurs politiques, ceux-ci n'ayant pas les mêmes priorités (Breton et al., 2019).

Vision partagée, centrée sur la personne et ses besoins

L'intégration repose d'abord sur une vision mobilisatrice commune, centrée sur la personne et ses besoins plutôt que sur les structures organisationnelles (Armitage et al., 2009; Gartner et al., 2022; Hudon et al., 2025; Matos et al., 2025; MSSS, 2018; Nooteboom et al., 2021; OCDE, 2025[1]).

Cette vision comprend :

- Focalisation sur les besoins de l'usager plutôt que sur ceux des fournisseurs de services, notamment, par le biais d'une évaluation globale et solide des besoins ;
- Continuité au sein de la relation thérapeutique ;
- Analyse des besoins populationnels et individuels ;
- Participation active des personnes accompagnées et de leurs proches, ce qui inclut de prendre le temps nécessaire avec eux et de les épauler afin de développer leurs capacités d'autogestion (ex. bilans de médication, mise en place de plan de soin) ;
- Approche familiale, lorsque pertinent, notamment en contexte de santé mentale des jeunes ou de situation de handicap ;
- Orientation vers l'amélioration de l'expérience et des effets des services.

[1] L'OCDE a mené une enquête récente dans 19 pays et auprès de 107 000 patients.

Leadership, gouvernance et engagement multiniveaux

Un leadership et une gouvernance forts sont identifiés comme des leviers centraux par plusieurs auteurs (Armitage et al., 2009; Gartner et al., 2022; Hudon et al., 2025; Khatri et al., 2023; Maillet et al., 2025; Matos et al., 2025; MSSS, 2018; Tan et al., 2025). Les éléments récurrents comprennent :

- Présence d'individus disposant de compétences managériales (ex. équipe de management multidisciplinaire ayant des compétences variées, leader de projet présent à long terme);
- Engagement politique clair;
- Gouvernance conjointe, diversifiée et représentative des parties prenantes, incluant les médecins et les membres de la communauté ;
- Imputabilité définie ;
- Clarification des rôles professionnels ;
- Explicitation des paramètres d'intérêt, notamment, en ce qui a trait à l'importance de la collaboration et aux rôles des différents professionnels en contexte de soins intégrés; l'utilisation de modèles logiques ou de guides s'avère pertinente afin de clarifier ceux-ci et la philosophie des soins intégrés ;
- Promotion d'une culture organisationnelle cohérente à la vision du système intégré, les divergences de perspectives entre parties prenantes (assureurs, gestionnaires, cliniciens) pouvant générer des tensions ou un sentiment d'exclusion si elles ne sont pas connues ;
- Synchronisation entre les ministères et le réseau, notamment, en faisant participer les différentes organisations et les prestataires aux décisions ;
- Intégration des médecins, parfois réticents à ce genre de démarche, dans la prise de leadership sur le plan de la conception, de la mise en œuvre et de l'opérationnalisation de l'intégration, en mettant en place des systèmes incitatifs et de rétention.

Co-construction, confiance et dynamique relationnelle

L'intégration repose sur des dimensions relationnelles fortes et une collaboration efficace (Armitage et al., 2009; Bentayeb et al., 2022; Layani et al., 2024; Maillet et al., 2025 ; Nooteboom et al., 2021), caractérisées par :

- Communication efficace ;
- Confiance mutuelle (tant entre les professionnels qu'entre ceux-ci et la personne accompagnée) ;
- Reconnaissance réciproque de l'expertise de chacun afin de favoriser le sentiment d'auto-efficacité ;
- Respect et égalité entre les partenaires ;
- Reconnaissance des résistances comme étant des leviers d'apprentissage

Ressources suffisantes et conditions opérationnelles réalistes

La disponibilité de ressources humaines, financières et temporelles adéquates constitue une condition structurante (Armitage et al., 2009; Gartner et al., 2022; Hudon et al., 2024, 2025; OCDE, 2023; Tan et al., 2025). Cela inclut :

- Temps dédié à la coordination ;
- Financement durable des activités et des infrastructures qui y sont reliées, l'intégration ayant des coûts élevés ;
- Financement organisé de manière que les professionnels soient motivés à offrir des soins coordonnés (ajustement des modes de rémunération) ;
- Moyens technologiques suffisants ;
- Formation initiale et continue, notamment, en lien avec les nouveaux rôles reliés à la coordination des soins et des services (possibilité d'utiliser du soutien par les pairs également) ;
- Distribution adéquate des ressources entre les secteurs ;
- Compétences spécifiques en gestion de cas.

Les enjeux financiers recensés incluent (Berchi & Cueille, 2022; Bloch, 2025; Couturier et al., 2016) :

- Absence d'adaptation du financement aux réalités territoriales ;
- Absence de capitation ;
- Financement insuffisant ou non pérenne des dispositifs ;
- Faible incitation aux parcours coordonnés.

Flexibilité, adaptation au contexte local et implantation progressive

L'intégration est décrite comme un processus évolutif nécessitant (Hudon et al., 2025; OCDE, 2023; Reed et al., 2021; Tan et al, 2025) :

- Bonne connaissance du contexte local afin de s'adapter à celui-ci, notamment, en évaluant le degré de préparation d'une région donnée à mettre en œuvre l'intégration des services et en adaptant celle-ci aux besoins spécifiques des populations ;
- Flexibilité organisationnelle, notamment, afin d'apprendre au fur et à mesure des réussites et des défis rencontrés ;
- Phases pilotes ;
- Stabilisation des innovations ;
- Temps suffisant avant l'évaluation et avant de prévoir un déploiement à plus large échelle.

Coordination structurée et mise en réseau des acteurs

La coordination repose sur (Layani et al., 2024; Liapi et al., 2025; Touati et al., 2024) :

- Clarification de la hiérarchie des services ;
- Couverture de l'ensemble des services cliniques et sociaux (soins primaires et spécialisés, soins de santé et de services sociaux) ;
- Mécanismes formels (ex. comités, rôles dédiés, groupes de travail, rencontres d'équipes fréquentes, regroupement sous un même toit des acteurs) ;
- Mécanismes informels (ex. réseautage) ;
- Intervenant pivot ou coordinateur de projet, tant pour mieux coordonner les parcours que pour favoriser les échanges lors de réunions en équipes ;
- Standardisation des soins via les équipes interprofessionnelles (notamment, sur le plan des standards de performance et d'efficience).

Systèmes d'information, communication et partage des données

Les systèmes d'information sont centraux, notamment, afin de permettre une circulation adéquate de l'information (ex. dossier partagé). À l'inverse, des déficits technologiques rendent la coordination difficile (Bloch & Hénaut, 2024; Gouvernement du Québec, 2025; Liapi et al., 2025; Maillet et al., 2025)

Les éléments suivants sont à garder en tête :

- Utilisation d'un système informatique commun, voire d'un dossier partagé ;
- Accessibilité des systèmes à partir de tous les points de service ;
- Mise en place de conditions adéquates (formation, standards communs)
- Établissement de moyens formels et informels de communication clairs et adéquats, établis avec l'ensemble des niveaux (opérationnel, tactique, stratégique et externe, incluant avec les partenaires et les communautés) ;
- Développement d'activités d'inclusion numérique à l'intention des populations vulnérables ;
- Promotion des outils numériques et des systèmes d'informations liés à la santé.

Apprentissage organisationnel, rétroaction et évaluation continue

Les initiatives robustes s'inscrivent dans une logique de système apprenant, par le biais des éléments suivants (Matos et al., 2025; OCDE, 2023). :

- Mécanismes de rétroaction réguliers ;
- Suivi des résultats cliniques et organisationnels tout au long de la démarche ;
- Utilisation d'outils de mesure reconnus et d'indicateurs communs d'un pays à l'autre afin de favoriser les comparaisons en termes de structures ;
- Monitorage continu des performances.

Retombées des initiatives

Mise en garde

D'entrée de jeu, Kelly et ses collègues (2020[1]) soulignent la difficulté d'évaluer les impacts des programmes de soins intégrés, étant donné que les façons dont sont déployés les réseaux intégrés varient grandement (Bentayeb et al., 2022). Par ailleurs, d'autres auteurs mettent en lumière les retombées inconstantes et limitées, voire décevantes, de certaines initiatives mises en place (Baxter et al., 2018; Couturier et al., 2025 ; Matos et al., 2024 ; Gartner & Côté, 2023 ; Hughes et al., 2020 ; Reed et al., 2021; Zhang et al., 2025). Hughes et ses collègues (2020) suggèrent que l'écart entre les résultats attendus et obtenus s'explique en partie par un désalignement entre l'idéal d'unité promu par les modèles conceptuels et, la diversité — voire l'hétérogénéité — des stratégies concrètement mises en œuvre sur le terrain.

Bénéfices observés

Malgré les mises en garde et critiques précédentes, certains bénéfices ont été identifiés dans la littérature. Selon Couturier et ses collègues (2016), l'intégration des services vise trois catégories d'effets, soit :

- **Cliniques** : amélioration de la santé, du bien-être, de l'expérience et de la qualité de vie des personnes accompagnées;
- **Systémiques** : amélioration de la performance des organisations;
- **Populationnels :** santé, bien-être et qualité de vie de la population en général, incluant les personnes non suivies par les organisations

Par ailleurs, le Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) regroupe, quant à lui, les retombées selon la logique du Triple Aim : amélioration de la santé de la population, amélioration de l'expérience de soins et optimisation des coûts.

[1] Pour en savoir plus sur ces thématiques, notamment les mesures utilisées pour évaluer les programmes de soins intégrés et les indicateurs les plus communs, voir Kelly et al. (2020).

Enfin, notons que la majorité des études sur l'intégration des soins a été réalisée dans des pays à hauts revenus. Notons également que les effets observés sont des associations et non des relations causales (Bentayeb et al., 2022).

Retombées cliniques et expérientielles

Les bénéfices observés concernent :

- **Amélioration de la qualité des soins, de la satisfaction des personnes accompagnées et de l'accessibilité des soins** (Baxter et al., 2018; Hébert et al., 2008; Hudon et al., 2024; Kelly et al., 2020; Zhang et al., 2025);
- **Amélioration de la qualité de vie** (Zhang et al., 2025);
- **Diminution du déclin fonctionnel chez les personnes âgées** (Hébert et al., 2008).

Cependant, plusieurs études rapportent des effets inverses ou d'un autre ordre, tels que:

- Peu d'effets sur la santé des personnes accompagnées (qualité de vie), sur leur satisfaction, leur sentiment d'efficacité ou le fardeau perçu par les soignants et diverses variables objectives comme la mortalité (Yu et al., 2021; Zhang et al., 2025);

Dans les modèles de gestion de cas, Hudon et al. (2024) soulignent les effets suivants, tirés de la littérature recensée :

- Amélioration de l'équité en santé ;
- Amélioration de la santé et des conditions sociales ;
- Amélioration de l'empowerment des personnes accompagnées ;
- Facilitation des transitions de soins.

Concernant les services de santé mentale des jeunes, Bentayeb et ses collègues (2022[1]) rapportent :

- Augmentation de l'utilisation des services, particulièrement chez les 15-20 ans, indiquant un meilleur fonctionnement social et occupationnel ;
- Diminution de la détresse psychologique, des symptômes dépressifs, des idées suicidaires et de l'automutilation ;
- Diminution de l'incapacité fonctionnelle ;

[1] Ces mêmes auteurs précisent toutefois qu'une dégradation a aussi été observée chez 13,9 % des jeunes.

- Amélioration de la gestion des émotions et de la confiance en soi ;
- Perception positive des services par les jeunes et leurs parents.

Retombées sur l'utilisation des services et les hospitalisations

Plusieurs études rapportent une diminution des hospitalisations ou de la durée de séjour, bien que d'autres rapportent que celle-ci ne soit pas significative (ex. Hébert et al., 2008) :

- Diminution de l'utilisation des soins de santé (Hudon et al., 2024);
- Diminution des visites à l'urgence chez les personnes âgées (Hébert et al., 2008);
- Diminution de 19 % de la probabilité d'hospitalisation (Zhang et al., 2025);
- Réduction des admissions et de la durée de séjour chez des adultes avec déficience intellectuelle (Martin et al., 2019).
- Enfin, une revue incluant 27 études quantitatives portant sur la gestion de cas conclut que les modèles dirigés par des infirmières ou des équipes interdisciplinaires incluant des visites à domicile réduisent efficacement les admissions et réadmissions hospitalières tout en diminuant les coûts (Yu et al., 2021).

Retombées économiques

Les résultats économiques apparaissent généralement modestes et assez hétérogènes :

- Petits effets sur les coûts des soins de santé et de gestion (Zhang et al., 2025) ;
- Diminution de l'utilisation des soins de santé et de leurs coûts dans certains modèles de gestion de cas (Hudon et al., 2024) ;
- Économies potentielles associées à la coordination des soins et aux soins à domicile en comparaison à l'hospitalisation de longue durée au Québec et en Ontario (Martin et al., 2019) ;
- Ratio coût-efficacité favorable dans certaines études (Liapi et al., 2025).

Synthèse

Les retombées de l'intégration des services apparaissent plus constantes en matière d'accessibilité, de satisfaction et de qualité perçue. Elles sont toutefois variables en ce qui a trait aux mesures de santé et d'hospitalisation et modestes et contextuelles en matière de coûts. De plus, plusieurs études portent sur des dispositifs spécifiques (notamment la gestion de cas) plutôt que sur des modèles d'intégration systémique complets, limitant la généralisation des résultats. Davantage d'études sont nécessaires afin de mieux cerner les impacts de l'intégration des services (Kelly et al., 2020).

En somme, les retombées varient grandement selon le contexte dans lequel l'intégration des soins est effectuée et en fonction des profils des individus ciblés (Hudon et al., 2025). Certains auteurs avancent que les bénéfices limités observés pourraient être expliqués par une durée de suivi trop courte des effets de l'intervention, et que les effets pourraient s'avérer plus visibles à long terme (Zhang et al., 2025). En effet, les systèmes de soins et de services s'avèrent très complexes, et ils se complexifient davantage lorsque l'intégration ou la coordination est tentée (Liapi et al., 2025). Les mécanismes de changement sont, eux aussi, complexes, rendant extrêmement difficile d'apporter des changements complets à ceux-ci. Conséquemment, alors que certains projets pilotes réalisés à petite échelle peuvent parfois offrir des résultats satisfaisants, les changements à grand déploiement peuvent s'avérer plus difficiles à observer (Hudon et al., 2025).

D'autres auteurs suggèrent qu'une attention insuffisante portée aux changements de culture, de normes, de systèmes et de processus n'a pas su mener à des changements fondamentaux au sein du fonctionnement des services (Reed et al., 2021).

Défis et obstacles

Auschra (2018) a proposé une structure en six groupes des obstacles, ainsi que vingt obstacles différents à l'intégration des soins et des services. Cette structure est reprise ci-dessous, bonifiée par diverses informations extraites d'autres articles scientifiques. L'auteur précise que ces obstacles s'avèrent spécifiques au contexte et qu'ils interagissent entre eux. Plusieurs d'entre eux constituent le pan négatif des facteurs de réussite énoncés précédemment.

Administration / Régulation

- Différences réglementaires entre systèmes ou pays (ex. frontières nationales) ;
- Réglementations historiques freinant la collaboration ;
- Disparité entre le modèle théorique et son implantation réelle sur le terrain, incluant notamment des lourdeurs administratives et réformes structurelles lourdes (ex. fusions légales) mobilisant l'énergie organisationnelle au détriment de l'intégration clinique ;
- Passage d'un mode expérimental à une logique de politique publique transformant une démarche de concertation en modalité administrative descendante (Couturier et al., 2011) ;
- Gouvernance collaborative se heurtant à des logiques verticales ou sectorielles traditionnelles ;
- Asymétries de pouvoir et partage décisionnel inégal entre organisations dans les réformes de gouvernance (ex. pouvoir plus grand accordé au secteur de la santé qu'au secteur communautaire) (Couturier et al., 2011; Layani et al., 2024; Liapi et al., 2025; Tan et al., 2025; Teissonnières, 2024; Touati et al., 2024)

Financement

- Incohérences dans les mécanismes de financement et absence d'alignement avec les objectifs d'intégration ;
- Modalités de financement ne favorisant pas la collaboration interprofessionnelle (ex. paiement à l'acte limitant la participation aux rencontres interdisciplinaires) ;
- Concurrence financière entre organisations ou financement débalancé ;
- Manque de ressources financières pour soutenir l'implantation et le maintien des projets ;
- Absence d'incitatifs structurels permettant de maintenir la collaboration dans le temps (Hudon et al., 2024; Touati et al., 2024; Zhang et al., 2025).

Interorganisationnel

- Différences de cultures, d'identités et de logiques de fonctionnement ;
- Rivalité, méfiance et enjeux de pouvoir entre les partenaires, incluant un pouvoir décisionnel inégal dans le développement des partenariats ;
- Absence de contact structuré avec la communauté, les usagers ou les partenaires locaux ;
- Cloisonnement persistant malgré les réformes, avec maintien de pratiques et cultures organisationnelles distinctes, en raison d'une autonomie institutionnelle rigide ;
- Absence de normes communes de collaboration et objectifs organisationnels conflictuels ;
- Manque d'engagement réel envers l'intégration et difficulté à maintenir la collaboration dans le temps ;
- Difficultés à établir des relations de confiance, à gérer les conflits et les agendas divergents entre collaborateurs (Hudon et al., 2024; Layani et al., 2024; Liapi et al., 2025; Maillet et al., 2025; Touati et al., 2024; Zhang et al., 2025).

Organisationnel

- Structures hiérarchiques rigides et manque de leadership ou de vision intégrative ;
- Stratégies organisationnelles divergentes et absence de coordination interne ;
- Développement variable du modèle selon les sites pouvant mener à une dilution du modèle initial ;
- Défis d'implantation : communication insuffisante à tous les niveaux, difficulté à identifier un rythme de déploiement optimal, difficulté à mobiliser et à soutenir les parties prenantes à long terme ;
- Intégration partielle, où la transformation structurelle ne s'accompagne pas d'un changement complet des pratiques ;
- Instabilité des ressources humaines et charge de travail limitant la capacité organisationnelle à soutenir le changement ;
- Manque de développement technologique, faible niveau de numérisation ou incompatibilité entre systèmes d'information limitant le partage et le référencement;
- Absence d'accompagnement scientifique continu permettant des ajustements en cours d'implantation (Couturier et al., 2011; Gartner & Côté, 2023; Hudon et al., 2024; Liapi et al., 2025; Maillet et al., 2025; Teissonnières, 2024).

Prestation de services

- Fragmentation des circuits de soins et absence de continuité entre les niveaux de soins ou entre les soins et les services communautaires ;
- Processus de soins ne favorisant pas le partage d'information et la coordination des parcours ;
- Accessibilité inégale à certains services (ex. psychiatrie, première ligne) compliquant la collaboration ;
- Gestion de cas mobilisant insuffisamment les ressources communautaires ;
- Répertoire de partenaires non actualisé ou identification difficile des ressources rares (Couturier et al., 2011; Liapi et al., 2025; Tan et al., 2025; Teissonnières, 2024).

Clinique

- Résistance au changement chez les cliniciens ;
- Pratiques professionnelles non harmonisées et absence de normes cliniques communes ;
- Conflits entre savoirs ou professions lors de la réorganisation et de la redistribution des ressources ou du pouvoir ;
- Rigidité des pratiques professionnelles, notamment en lien avec les actes réservés et le partage d'activités nécessitant des négociations ;
- Faible collaboration interdisciplinaire dans les pratiques concrètes (Gartner & Côté, 2023; Hudon et al., 2024; Liapi et al., 2025).

Conclusion

L'analyse des concepts principaux et connexes des modèles conceptuels et des expériences nationales a mis en lumière la richesse et la complexité de l'intégration et de la coordination des soins et des services. Malgré la diversité des modèles théoriques et pratiques développés à l'international, notamment au Canada et en France, certains points primordiaux convergent, notamment l'importance d'adopter une approche centrée sur la personne et sur ses besoins, la nécessité de travailler en collaboration, tant avec les autres professionnels qu'avec les personnes accompagnées et leurs proches, et l'aspect primordial de l'approche populationnelle au sein de ces démarches.

Effectivement, bien que l'intégration et la coordination des soins et des services s'avèrent abondamment discutées par les écrits scientifiques, et ce, depuis plusieurs décennies, celles-ci s'avèrent peu détaillées en ce qui a trait aux caractéristiques clés des programmes implantés, à leurs mécanismes d'action ainsi que leurs impacts (Albertson et al., 2022). La description des écrits scientifiques s'avère effectivement fort hétérogène, Peterson et ses collègues (2018) ayant recensé à eux seuls 35 cadres conceptuels liés à la coordination des soins, tout en soulignant que les stratégies concrètes d'implantation sont rarement décrites de manière détaillée. Ainsi, l'écart entre conceptualisation et mise en œuvre demeure un enjeu central de l'intégration et de la coordination des soins. Chose certaine, il n'existe pas de modèle universel en ce qui a trait à l'intégration actuellement ; il est primordial d'adapter celle-ci au contexte local ainsi qu'aux besoins spécifiques des personnes accompagnées et de la communauté.

Par ailleurs, les facteurs de réussite et les obstacles identifiés dans la littérature confirment que l'intégration ne repose pas uniquement sur l'adoption d'un modèle formel, mais sur un ensemble de conditions interreliées touchant la gouvernance, le financement, les dynamiques inter-organisationnelles, les relations interprofessionnelles, les capacités organisationnelles et les pratiques cliniques, pour ne nommer que celles-ci. L'intégration s'avère conséquemment un processus évolutif, changeant en fonction des contextes institutionnels, professionnels et territoriaux spécifiques.

Compte tenu de l'abondance des écrits sur le sujet, la présente recension n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle vise plutôt à proposer une synthèse structurée des courants conceptuels, des modèles existants, des facteurs de réussite et des défis

existants, le tout afin de soutenir les discussions et réflexions critiques sur les conditions nécessaires à l'intégration des soins et des services.