

Université de Montréal

**L'adaptation des services de santé
à l'égard de personnes migrantes :**

Cas des services infirmiers en première ligne

par

Lara Maillet

Département d'administration de la Santé,
École de Santé publique de l'Université de Montréal
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiæ Doctor* (PhD)
en Santé publique
option Organisation des services de santé

Mai, 2014

© Maillet, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

**L'adaptation des services de santé à l'égard de personnes migrantes :
Cas des services infirmiers en première ligne**

Présentée par :

Lara MAILLET

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Denis A. Roy, Président - rapporteur

Paul A. Lamarche, Directeur de recherche

Bernard Roy, Codirecteur

Jean-Louis Denis, Membre interne du jury

Nathalie Dubois, Examinatrice externe

Résumé

Comment s'adaptent des organisations lorsqu'elles font face à des changements qui les dépassent? De cette question a émergé une recherche voulant comprendre comment et pourquoi des organisations de santé décident d'adapter (ou non) leurs services aux besoins et aux caractéristiques des populations migrantes accueillies sur leur territoire.

Pour y répondre, cette thèse s'est intéressée à la gouvernance multiniveaux appliquée aux organisations de santé fournissant des services à des populations migrantes.

Dans un contexte de régionalisation de l'immigration, la dynamique du processus migratoire est de mieux en mieux documentée, mais les capacités organisationnelles d'adaptation le sont beaucoup moins.

Nous avons réalisé une étude de cas multiples à l'aide d'entrevues semi-directives auprès d'acteurs provenant de deux CSSS montréalais (région au sud de Montréal, Québec) et des paliers locaux, régionaux et nationaux.

Les résultats de cette étude ont permis **(1)** de mettre en évidence les différents acteurs impliqués dans ce processus d'adaptation, dont des *acteurs de connectivité*; **(2)** de cerner huit leviers d'action, divisés en trois catégories de leviers : *administratif, émergent et d'habilitation*. La possible imbrication de ces trois catégories de leviers facilite l'apparition de *structures de connectivité*, légitimant ainsi l'adaptation de l'organisation; et **(3)** de montrer l'*ambiguïté de l'adaptation* à travers des facteurs d'influence qui favorisent ou entravent le processus d'adaptation à plusieurs niveaux de la gouvernance.

Cette thèse est construite autour de quatre articles. Le premier, de nature conceptuelle, permet de circonscrire les concepts d'adaptation et de gouvernance multiniveaux à travers la lentille des théories de la complexité. Nous campons ainsi notre sujet dans une problématique liée à la vulnérabilité et la migration tout en appréhendant l'adaptation du système et son opérationnalisation au niveau local. Il en ressort un cadre conceptuel avec six propositions de recherches.

Le second article permet quant à lui de comprendre les jeux des acteurs au sein d'une organisation de santé et à travers son Environnement. Le rôle spécifique d'*acteurs de connectivité* y est révélé.

C'est dans un troisième article que nous nous intéressons davantage aux différents leviers d'action, analysés selon trois catégories : administrative, émergente et d'habilitation. Les acteurs peuvent les solliciter afin de d'adapter leurs pratiques au contexte particulier de la prise en charge de patients migrants. Un passage des *acteurs* aux *structures de connectivité* est alors rendu possible via un espace : la gouvernance multiniveaux.

Enfin, le quatrième et dernier article s'articule autour de l'analyse des différents facteurs pouvant influencer l'adaptation d'une organisation de santé, en lien avec son Environnement. Il en ressort principalement que les facteurs identifiés sont pour beaucoup des leviers d'action (cf. article3) qui à travers le temps, et par récursivité, deviennent des facteurs d'influence. De plus, le type d'interdépendance développé par les acteurs a tendance soit à façonner un Environnement « stable », laissant reposer les besoins d'adaptation sur les acteurs opérationnels; soit à façonner un Environnement plus « accidenté », reposant davantage sur des interactions diversifiées entre les acteurs d'une gouvernance multiniveaux. De cette adéquation avec l'Environnement à façonner découle l'ambiguïté de s'adapter ou non pour une organisation.

Mots-clés : Complexité, Gouvernance, Adaptation, Services de santé, Première ligne, Administration des services infirmiers, Migration, Santé publique, Approche populationnelle

Abstract

How do organizations adapt when faced with changes that exceed their current capacities? More specifically how and why do healthcare organizations choose to adapt- or not- their services to the needs and characteristics of new and established migrant populations? In this thesis, we attempt to answer these questions using a conceptual model of multilevel governance, applicable to healthcare organizations that provide primary care to migrant population.

In a context of regionalized immigration, the dynamics of the migration process are well documented, however organizations abilities to adapt are less so. We conducted a multiple case study, collecting data from semi-structured interviews with providers from two healthcare organizations from Montérégie region (South shore of Montréal, Québec) as well as stakeholders from local, regional and national scale.

The data collected has allowed us, **(1)** to identify the most significant stakeholders in adaptation process and to highlight the connectivity between them; **(2)** to reveal eight action levers that we divided in three categories: administrative, emerging and enabling. The possible imbrications of these three categories facilitate the creation of connectivity structures that legitimate the organization's adaptation; and **(3)** to show the ambiguity of adaptation through the influence of facilitating or hindering factors at several levels of governance.

This thesis is structured on four articles. The first article is conceptual: adaptation and multilevel governance are therein defined through the framework of complexity theory. We anchor our subject in the vulnerability and migration *schemata*, while apprehending the system's adaptation at the local scale. The result is a conceptual framework with six research propositions.

The second article elaborates on the dynamics among stakeholders within healthcare organizations, its networks and the Environment. The specific role of the connectivity between stakeholders is highlighted.

In the third article, we focus on the different action levers, which are analysed in three categories: administrative, emerging and enabling. The stakeholders seek to adapt their practices to the particular context of providing timely and appropriate care to migrant

patients. A transition from connectivity between actors and structures is then made possible through multilevel governance.

Finally, the fourth article is an analysis of the different factors that influence a healthcare organization's adaptation with regards to the Environment. The results show that many identified factors are firstly action levers (see article 3), and become through time and recursively of influence factors.

In addition, the type of interdependence developed between the stakeholders tends to shape either "stable" Environment which transfers the responsibility of the adaptation to the operational stakeholders or "rugged" Environment based on diverse and decentralized interactions between stakeholders through multilevel of governance. From this constant adjustment with the Environment appears the ambiguity of the adaptation for a healthcare organization.

Keywords : Complexity, Governance, Adaptation, Health Administration, Primary care, Nursing Administration, Migration, Public Health, Population Approach

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	i
Liste des figures.....	ii
Liste des abréviations.....	iii
Remerciements.....	v
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Pertinence de la Recherche.....	1
1.2 Objectifs de Recherche.....	7
1.3 Présentation de la Thèse.....	8
Chapitre 2 : État des connaissances.....	11
2.1. L’adaptation des organisations.....	11
2.2. La gouvernance des organisations de santé.....	31
2.3 Modèles organisationnels de première ligne et administration des services infirmiers.....	39
Chapitre 3 : Modèle Théorique.....	47
3.1 Prise en charge de populations migrantes en santé : développement d’un cadre de gouvernance multiniveaux adaptative dans les organisations de santé (Article 1).....	48
3.1.1 Introduction.....	50
3.1.2 Perspective d’une organisation de santé en un système adaptatif complexe.....	53
3.1.3 Nature de la gouvernance dans les organisations de santé.....	58
3.1.4 La gouvernance multiniveaux : un espace de cohérence pour de multiples acteurs dans de multiples domaines.....	68
3.1.5. Cadre conceptuel du processus d’adaptation d’une organisation de santé complexe : quelques propositions.....	70
3.1.6 Discussion et implications pour des recherches futures.....	75

Références.....	78
Chapitre 4 : Méthodologie	83
4.1.1. Considérations <i>de terrain</i>	83
4.1.2. Considérations éthiques	95
Chapitre 5 : Résultats d'Analyse.....	98
5.1 À propos de l'auto-organisation des organisations de santé : acteurs et interactions pour adapter les services de première ligne à l'égard de patients migrants (Article 2)	99
5.1.1 Contexte de l'Étude.....	101
5.1.2 Cadre conceptuel.....	102
5.1.3 Objectif de recherche	107
5.1.4 Méthodologie	108
5.1.5 Résultats.....	114
5.1.6 Discussion et Conclusion.....	127
Références.....	130
5.2 Voyage à travers la fractalisation d'une gouvernance multiniveaux : des leviers pour s'adapter au sein des organisations de santé (Article 3)	132
5.2.1 Contexte de l'étude	134
5.2.2 Objectifs.....	134
5.2.3 Méthodologie	136
5.2.4 Résultats.....	145
5.2.5 Discussion et Conclusion.....	163
Références.....	170
5.3 De l'ambiguïté de s'adapter : quels sont les facteurs d'influence pour la gouvernance multiniveaux des organisations de santé? (Article 4)	172
5.3.1 Introduction.....	174
5.3.2 Quelques définitions pour mieux appréhender la complexité.....	177
5.3.3 Méthodologie	180
5.3.4 Résultats.....	186
5.3.5 Discussion.....	205
Références.....	208
Chapitre 6 : Synthèse & Discussion.....	211

6.1 Objectif 1 : Identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes et les interactions qu'ils entretiennent entre eux (Chapitre 5.1-Article 2).....	211
6.2 Objectif 2 : Cerner les leviers d'action d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter ou non les services auprès des personnes migrantes (Chapitre 5.2- Article 3). 213	
6.3 Objectif 3 : Appréhender les facteurs d'influence de la gouvernance de deux CSSS dans l'adaptation des services infirmiers de première ligne à l'égard de personnes migrantes (Chapitre 5.3- Article 4).....	216
Chapitre 7 : Conclusions.....	219
7.1 Apports de la recherche doctorale.....	219
7.1.1 Apports théoriques.....	219
7.1.2 Apports pratiques.....	224
7.1.3 Limites.....	226
7.2 Des pistes de réflexions et d'amélioration <i>en continu</i>	228
Bibliographie.....	231
Annexes.....	i
Annexe 1 : Certificat d'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal.....	ii
Annexe 2 : Grille d'entrevue utilisée (adaptée pour chaque groupe d'acteurs interrogé) ...	iii
Annexe 3 : Arbre de codes (extrait).....	v
Annexe 4 : Dictionnaire de codes (extrait).....	vi

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les cinq modèles d'organisation de première ligne au Québec selon Pineault et al. (2008).....	42
Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des deux CSSS à l'étude.....	88
Tableau 3: Caractéristiques des deux CSSS à l'étude vis-à-vis du rôle infirmier, de la gouverne et de l'immigration.....	90
Tableau 4: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères	110
Tableau 5: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères	139
Tableau 6: Définitions des leviers d'actions d'après notre cadre conceptuel (A1) et ceux émergeant directement de l'analyse des données	144
Tableau 7: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères	183

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel de la gouvernance clinique (Pomey, Denis, & Contandriopoulos, 2008).	33
Figure 2: Représentation d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé .	66
Figure 3: Cadre du processus d'adaptation dans une organisation de santé.....	71
Figure 4: Représentation d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé	106
Figure 5: Dynamique fractale impliquée dans le processus d'adaptation via les leviers d'actions et l'Environnement d'une organisation de santé.....	166

Liste des abréviations

CA Conseil d'administration	HPS Hôpitaux promoteurs de santé
CLSC Centre local de santé communautaire	Inf. Infirmière (-ier)
CIC Citoyenneté et Immigration Canada	MD Médecin
CII Comité des infirmières et des infirmiers	MICC Ministère de l'immigration et des communautés culturelles
CISR Commission de l'immigration et du statut de réfugié	MSSS Ministère de la santé et des services sociaux
CH Centre hospitalier	NA Nouveaux arrivants
CLPQS Commissaire locale aux plaintes, à la qualité et à la sécurité	OC Organisateur communautaire
CM Conseil multidisciplinaire	OIIQ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
CPE Centre de la Petite Enfance	OMS Organisation mondiale de la santé
CSSS Centre de santé et de services sociaux	ORG. COMM Organismes communautaires
DAM Direction des affaires médicales	PFSI Programme fédéral de santé intérimaire
DG Direction générale	PMV Personne migrante vulnérable
DGA Direction générale adjointe	QC Québec (province)
DRH Direction des ressources humaines	RLS Réseau local de santé
DRMG Direction régionale de médecine générale	RH Ressources humaines
DSI Direction des services infirmiers	SIPPE Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
DSP Direction de santé publique	TCRI Table de concertation des organismes aux services des personnes réfugiées et immigrantes
DSP Direction des services professionnels	TS Travailleur-se social(e)
FEJ Famille enfance jeunesse (programme)	
GA Gouvernance administrative	
GC Gouvernance clinique	
GMF Groupe de médecin de famille	
HCR Haut-Commissariat aux Réfugiés (ONU)	

À un Ange parti avant d'avoir commencé...

*À Ella, mon rayon de soleil bien vivant, grâce
à qui les trois fois rien deviennent source de
petits bonheurs au quotidien...*

À mes grand-mères, Mami-li et Mami-la

Remerciements

S'il faut un village pour élever un enfant, il n'en faut pas moins pour faire aboutir une thèse!

Je tiens tout d'abord à remercier très chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à ma recherche, qui n'ont été avares ni de leur temps, ni de leurs réponses. Grâce à vous, j'ai obtenu un terrain riche, complet et dynamique. Sans vous, cette recherche n'aurait jamais pu être complétée. Merci!

C'est avec tout mon respect que je remercie mon directeur de recherche, Paul A Lamarche sans qui rien de ce qui va suivre dans les pages subséquentes n'aurait pu exister. Tant de discussions, de relectures, de conseils et du détail glissé, comme un hasard, au fil de la conversation pour élargir ma vision et la porter toujours plus loin...bien plus loin que je n'aurai pu l'imaginer. Paul, Merci!

Je tiens aussi à remercier mon codirecteur, Bernard Roy qui, malgré les vicissitudes de la vie, qui parfois semblent de ne pas vouloir ralentir, a trouvé le temps, la générosité et le professionnalisme pour accepter de codiriger cette recherche. Son humanisme et « le *caring musical* » dont il sait faire preuve au quotidien m'ont permis, sans aucun doute de continuer d'y croire et de m'accrocher à travers le temps et les doutes liés inévitablement à l'écriture. Bernard, Merci!

En plus de ces deux personnes importantes, j'ai eu la chance d'avoir un comité de suivi dont le lecteur, réviseur et conseiller externe fut d'un soutien et d'une aide plus que précieuse. Marc Lemire, dont les sujets de recherche ne sont pas les plus proches des miens, a accepté de suivre mon travail du début à la fin, et a toujours fait preuve d'une disponibilité, d'une ouverture et d'une générosité qui m'ont particulièrement touché. Marc, Merci!

Si le doctorat demande de passer des heures « seules » en tête à tête avec lui, il demande aussi de développer, de partager et de se soutenir entre paires, alors à vous toutes et tous merci, et particulièrement à Julie Nicolas, Marie-Andrée Paquette, Chantal Sylvain, Caroline Cambourieu, Yassen Yordanov, Cyril Catto, Pernelle Smith, Georges Thiebault, Valérie Lederer et Nolween Noisel. Vous êtes des collègues oui, mais surtout aujourd'hui, des amis (e)s!

Évidemment, le doctorat ne se passe pas « *qu'entre doctorants, docteurs et professeurs* », ça prend de tout pour faire « *notre monde* », et les amis *hors thèse* sont les champions de l'évasion! Merci tout particulièrement à Hélène, Elsa, Martin, Aurélie, Yohann, Sylvain, Aicha, Maryline, Marco, Elo, Séb, Héloïse, Boris, ...d'avoir été là, de près comme de loin, tout simplement.

Un grand merci à ma famille, qui bien qu'éparpillée à travers plusieurs continents, a permis des moments de retrouvailles et de ressourcement intenses, et tout aussi nécessaire. Pour vos encouragements, vos questions (ou vos silences) et votre joie de vivre (!) je vous dis Merci!!!

Enfin, si cette thèse existe, c'est aussi (et surtout) grâce à quelqu'un qui a toujours su trouver le mot juste, et qui malgré les bas et les hauts, a gardé le cap lorsque l'horizon me semblait trop loin et trop embrouillé ... Jlp, merci d'être toi et merci d'être là!

Je remercie grandement l'ensemble des institutions qui ont contribué au financement de ma recherche, à savoir l'Agence régionale de santé de la Montérégie, en particulier Jacques Fortin, Directeur de la gestion de l'information et des connaissances, le Centre FERASI, le Fond de recherche en Santé du Québec, l'IRSPUM et le programme de doctorat de Santé publique, particulièrement Josée Tessier, Jean-Guy Bouchard, Angélique De Chatigny, Louise Dubuc et Linette Saul-Cohen, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, les Instituts de recherche en santé du Canada et la chaire de recherche GETOS. Merci!

Chapitre 1 : Introduction

« Ne pas stigmatiser ou éduquer les populations « qui posent problème », mais chercher plutôt à transformer les structures sociales qui sous-entendent les prétendues « résistances culturelles » et à modifier les dispositifs institutionnels et les pratiques professionnelles qui déterminent les « facteurs culturels » de mauvaise utilisation des services »

(Fassin, 2001)

1.1 Pertinence de la Recherche

Nées d'une préoccupation quant à l'arrimage des politiques en matière de santé avec celles concernant l'immigration et leurs prises en compte au niveau des établissements de santé de première ligne, nous avons réalisé une recherche permettant de comprendre comment les modes de gouvernances prennent part au processus d'adaptation des services de première ligne à l'intérieur d'une organisation de santé d'une part, et avec des partenaires externes à cette même organisation d'autre part. Cette recherche se place dans un contexte sensible aux adaptations des services sociaux et de santé pour les personnes migrantes ou nouvellement arrivées, souvent vulnérabilisées.

Dans notre étude, nous verrons que l'adaptation peut avoir plusieurs définitions. Dans notre travail, nous avons défini l'adaptation comme l'adéquation entre l'offre de services de l'organisation et les besoins et attentes des populations desservies dans l'Environnement.

L'adaptation sera entendue comme une action volontaire et continue de la part des organisations de santé (administratif et clinique) pour rendre cohérents les services fournis avec les caractéristiques de clientèles migrantes et/ou nouvellement arrivées. Dans notre cas, le changement auquel font face les organisations de santé se caractérise par la diversification et la mixité populationnelle dû à l'arrivée croissante de population provenant de pays

étrangers et connaissant des périodes plus ou moins longues de vulnérabilité, notamment en termes de santé.

Dans cette optique, l'adaptation est un processus régulateur et vital pour toute organisation puisqu'elle garantit le maintien d'un équilibre interne et externe à l'organisation entre changement et stabilité. L'adaptation devient un indicateur des capacités adaptatives organisationnelles et dans le cas de l'adaptation aux besoins de population particulière, elle peut aussi devenir un indicateur de performance de l'organisation. Nous envisageons l'adaptation comme un processus actif, non déterministe et émergent.

Le terme de *personnes migrantes* renvoie à toute personne qui est née hors du Canada, mais qui y vit au moment de l'étude quel que soit sa trajectoire migratoire et qui se perçoit ou est perçu comme vulnérable (socio sanitaire, économique, précarité du statut migratoire, etc.). Cela peut inclure les personnes réfugiées¹, en attente de statut, les sans-papiers, les demandeurs d'asile, les immigrants économiques et de regroupement familial. À l'instar de Brabant (2008), nous préférons le terme « migrant » à « immigrant » qui reflètera davantage les caractéristiques dynamiques de la migration (immigrant et émigrant), ainsi que l'inclusion des personnes n'ayant pas le statut légal d'« immigrants reçus ».

Le terme de *nouveaux arrivants (NA)* renvoie, quant à lui, à toutes personnes établies au Canada depuis moins de 5 ans. À la différence de Statistique Canada, nous incluons les personnes réfugiées, en attente de statut, les sans-papiers et les demandeurs d'asile². En effet, prenant en compte la vulnérabilité de ce type de population dans le processus d'adaptation

¹ Un **réfugié** au sens de la Convention [de Genève, Nations Unies 1951] est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine ou de résidence habituelle et qui ne veut pas y retourner parce qu'elle craint avec raison d'y être persécutée du fait de : sa race; sa religion; ses opinions politiques; sa nationalité; son appartenance à un groupe social particulier, par exemple en raison de son orientation sexuelle ou parce qu'elle est une femme. Une **personne à protéger** est une personne qui se trouve au Canada et dont le renvoi dans son pays d'origine ou de résidence habituelle entraînerait pour elle-même : un risque de torture; une menace à sa vie; un risque de peines et de traitements cruels et inusités

<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/aucanada/demande-qui.asp> Consulté le 26 septembre 2012.

² Un **demandeur d'asile** est une personne qui demande la protection du Canada. Il peut faire cette demande à la frontière canadienne, à l'intérieur du territoire canadien ou depuis l'étranger. Lorsque le demandeur d'asile est au Canada, il est autorisé à y demeurer durant l'examen de son dossier par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) ou par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR). Les documents que lui remet le gouvernement canadien, durant cette période d'attente, ne lui confèrent *aucun statut*. Si le gouvernement canadien reconnaît que le demandeur d'asile a effectivement besoin de protection, il peut ensuite demander le statut de résident permanent à titre de personne protégée. Le demandeur d'asile qui a obtenu la protection du Canada change alors de catégorie d'immigration et devient une personne protégée, c'est-à-dire un réfugié.

des services de santé, il nous semble important de ne pas écarter de notre étude les personnes reconnues comme plus à risque de rencontrer des difficultés dans leur trajectoire de soins (Beiser, 2005; Derose, Escarce, & Lurie, 2007; Rousseau et al., 2008).

Le statut de santé et de bien-être des populations migrantes, notamment nouvellement arrivées et réfugiées est très fragile (Lassetter & Callister, 2009; Rousseau et al., 2008; Wolff et al., 2008). À partir des constats suivants, appuyés sur la littérature scientifique, nous rejoignons les auteures Frohlich et Potvin (2008) en ce qui concerne la définition des populations vulnérables : « Une population vulnérable est un sous-groupe ou une sous-population qui, parce qu'elle partage certaines caractéristiques sociales, est à plus haut risques de risques » (*traduction libre*). Ces facteurs de risques de risques tels que la précarité socioéconomique, les expériences de violence, l'isolement et la séparation familiale, les problèmes de santé mentale, les barrières linguistiques, ainsi que les pathologies spécifiques à certaines régions du monde sont des facteurs de vulnérabilité vécus par des personnes migrantes, notamment dans les premières années post-migratoires (Mizskurka, Goulet, & Zunzunegui, 2010; Munoz & Chirgwin, 2007). Peuvent s'ajouter à cela les facteurs liés à une perception négative de la part de certains professionnels vis-à-vis de personnes nouvellement arrivées (étiquetage de « patients à problème ») (Bhatia & Wallace, 2007; Miedema, Hamilton, & Easley, 2008; L. Tremblay, 2011; Wachtler, Brorsson, & Troein, 2006). Enfin, ces personnes vulnérabilisées ont souvent une méconnaissance du système de santé ou bien un manque de confiance envers tout organisme représentant l'État, synonyme de danger et d'injustice (Auger, Nadeau, & Beauregard, 2007; Munoz & Chirgwin, 2007; Wolff et al., 2005). Une telle méfiance envers l'État ou ses représentants, résulte le plus souvent du parcours migratoire et de l'histoire de chacune des personnes migrantes. La perception qu'elles ont du système de santé par exemple est le plus souvent due au parcours qu'elles ont eu, généralement, dans leur pays d'origine (Munoz & Chirgwin, 2007).

En matière d'immigration, le Québec et le Canada ont signé un Accord en 1991³ donnant au gouvernement québécois les compétences en matière d'accueil et d'intégration linguistique, sociale et économique des résidents permanents venant sur son territoire. Le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) a mis en place une

³ <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/bp252-f.htm> consulté le 15 décembre 2009.

politique de régionalisation de l'immigration incitant les personnes immigrantes et les personnes réfugiées à s'installer à l'extérieur du grand centre urbain montréalais (MICC, 2007, 2008a)⁴. En effet, la région de Montréal accapare plus de 74% de l'immigration internationale (MICC, 2008d). La région de la Montérégie est, quant à elle, plus novice en la matière et reçoit près de 7% des populations immigrantes par année, ce qui en fait la seconde région d'immigration au Québec (MICC, 2008b). Cependant, le vérificateur général a mentionné en 2011, dans son rapport, l'absence de bilan rigoureux de l'impact des politiques et de programmes en matière d'intégration des immigrants, dont la politique de régionalisation de l'immigration fait partie (Vérificateur général du Québec., 2011).

Au niveau du secteur de la santé et des services sociaux, des transformations majeures ont eu lieu ces dernières années. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) a recommandé l'accentuation de la prévention, le renforcement de la première ligne comme assise du système et l'intégration des services afin de mieux servir les populations vulnérables. En 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux marque le point de départ de cette transformation majeure dans l'organisation du réseau de services (MSSS, 2003). Le but étant de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux. Au cœur de ces transformations se trouve la création des Réseaux locaux de Santé (RLS) et des Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) accompagnés des nouvelles responsabilités qui seront confiées aux Agences Régionales de la Santé et des Services sociaux (ASSS). À partir de 2005, les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux réaffirment entre autres la responsabilité populationnelle des CSSS en ce qui a trait au projet clinique (MSSS, 2005). En effet, les CSSS devront prendre en compte les particularités des diverses communautés qui composent la population dont ils sont responsables, ce qui inclut les caractéristiques culturelles et linguistiques des personnes issues des communautés ethnoculturelles et de leur famille (Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2006).

⁴ Dans le cadre de sa politique de régionalisation, le MICC envoie chaque année dans 13 localités d'accueil environ 1900 réfugiés **sélectionnés et pris en charge par l'état** : Québec (480), Sherbrooke (295), Gatineau (225), Montréal (218), Laval (95), Brossard (95), Trois-Rivières (90), Drummondville (90), Saint-Hyacinthe (90), Granby (90), Victoriaville (85), Joliette (70) et Saint-Jérôme (65) (MICC, 2010).

En matière d'immigration, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait d'ailleurs adopté dès les années 1990 une politique sur l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles (Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2006). En matière d'adaptation des services, c'est donc en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et des articles 2, 3 et 171 particulièrement, que les personnes issues des communautés ethnoculturelles (dont les migrants font partie) ont droit à des services de santé et des services sociaux adaptés à leurs réalités (LSSS, 2013). L'adaptation des services, dans ce contexte, fait appel à plusieurs stratégies, souvent complémentaires : (1) développer des collaborations, dont des mécanismes de références personnalisées, avec les ressources exerçant leurs activités auprès des communautés ethnoculturelles, et faire appel à des aidants naturels de même origine; (2) Faire appel aux banques d'interprètes; (3) Outiller les intervenants par de la formation en relations interculturelles *continue*; (4) S'assurer de la « validité culturelle » des outils d'évaluation utilisés et de la « pertinence culturelle » des programmes offerts et (5) mettre en place des programmes spécifiques à l'intention des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

En 2005, le MSSS a réitéré son engagement en donnant aux Agences le mandat de faire un portrait du réseau de la santé reflétant la réalité en termes d'intégration, de participation, de relations interculturelles et d'adaptation des services au niveau régional (Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2006). En 2010, lors de notre terrain, force était de constater que peu d'agences régionales de santé au Québec avaient développé et rendu accessible un tel portrait (Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2006; Lacroix, 2005).

Plus récemment encore, en 2012, et faisant suite aux travaux réalisés par le Comité de travail sur le bilan de santé physique et psychosociale des réfugiés et des demandeurs d'asile à leur arrivée au Québec, le MSSS a publié des orientations ministérielles dans le document « *Une passerelle vers un avenir en santé* » (MSSS, 2012). Se basant sur l'évaluation comme pierre angulaire de l'accès à des services de santé et à des services sociaux adaptés pour ce type de clientèle, ces orientations proposent une planification et une organisation des services mettant l'accent sur l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile dès leur arrivée au Québec. Il en ressort ultimement un

modèle hiérarchisé dans lequel un réseau d'expertise formé de trois pôles (Montréal, Capitale-Nationale et Estrie) soutiendrait les régions ayant de plus petits volumes d'accueil de réfugiés et de demandeurs d'asile. Cette consolidation, par ce type de réseau « expert », favoriserait l'émergence d'une expertise de pointe au sein du réseau québécois des services de santé et des services sociaux grâce notamment au transfert de savoir-faire déjà existant et sans cesse renouvelé.

Du point de vue des services infirmiers, en 2002, la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec (Loi 90) a été modifiée et le champ de pratique des infirmières s'est vu redéfini comme suit : « *L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs* » (OIIQ, 2003). La loi 90 valorise la collaboration interprofessionnelle, l'autonomie et le jugement clinique infirmier, notamment via l'ordonnance collective (OIIQ, 2003). La loi 90 confère 14 activités réservées⁵ à la profession infirmière, mettant de l'avant la visibilité de la profession, notamment avec le déploiement du Plan thérapeutique infirmier (PTI). La loi permet aussi de développer un leadership infirmier au sein de l'équipe de soin (Phaneuf, 2007) tout en implantant une culture de collaboration et de travail d'équipe interdisciplinaire. Se sont aussi ajoutées des activités de promotion et de prévention de la santé qui sont communes à l'ensemble des professionnels de santé (OIIQ, 2003). En plus de ces changements importants dans la pratique, le rôle d'infirmière praticienne en soins de première ligne (IPSPL) a vu le jour au Québec en 2008 (OIIQ & CMQ, 2006, 2008), mais

⁵ <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Tableau-Champs-pratique.pdf>

Consulté le 27 janvier 2010

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60);
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60);
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.

pour l'instant la place accordée et l'étendue de pratique de ce nouveau rôle ne sont pas à leur plein potentiel (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009).

En contexte de vulnérabilité, l'organisation des services infirmiers joue un rôle central dans le processus d'évaluation, d'orientation et de suivi de populations vulnérables telles que des patients migrants, notamment par l'utilisation de ressources et de compétences infirmières maximisées dans une perspective holistique, à savoir centrée sur le patient, en interaction avec la famille et la communauté (Copp, 1986; McElmurry, Park, & Buseh, 2003). Dans le document du MSSS « *Une passerelle pour une avenir en santé* », il est clairement fait mention de rôle clé qu'ont les infirmières à l'égard de ces patientèles :

« Les infirmières et les professionnels en intervention psychosociale sont appelés à jouer un rôle-clé dans cette évaluation, de même qu'en général, dans l'offre de service à l'intention de cette clientèle, en travaillant en équipe et en collégialité avec d'autres professionnels »
(MSSS, 2012)

Ces changements vécus au niveau de la pratique invitent les gestionnaires et les décideurs à envisager en première ligne une gouvernance pouvant permettre d'une part une étendue de pratique des infirmières plus large notamment lors de la prise en charge de personnes vulnérables telles que des patients migrants, nouvellement arrivés de surcroit. D'autre part, un élargissement des partenariats et du réseau entourant l'établissement de santé, que ce soit au niveau local, régional et national. Il ne s'agit pas de créer « un système de soins pour migrants », mais plutôt de cerner la spécificité de la problématique et d'apporter des recommandations judicieuses et cohérentes afin d'aider à l'adaptation des activités et des structures en évolution dans le système actuel de santé et de services sociaux.

1.2 Objectifs de Recherche

Si la littérature scientifique montre que l'immigration, récente ou non, a un impact au niveau des pratiques cliniques, notamment en termes de communication « professionnel/patient migrant » (Allotey, 2007; A. Anderson, 2008; Andrews, 1998; Rosenberg, Kirmayer, Xenocostas, Dao, & Loignon, 2007; Smaje & Le Grand, 1997; Wolff

et al., 2008), il reste à montrer comment ces impacts peuvent engendrer des mécanismes d'adaptation de la part de l'organisation, au niveau des services offerts. Ainsi cette étude tentera de répondre à la question suivante :

Comment les modes de gouvernances prennent-ils part au processus d'adaptation des services de première ligne à l'intérieur d'une organisation de santé et avec des partenaires externes à cette même organisation ?

Pour appréhender au mieux les enjeux qui découlent de cette question, nous nous sommes concentrés sur trois objectifs spécifiques :

1. **Identifier** les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard de personnes migrantes ainsi que les interactions que ces acteurs entretiennent entre eux;
2. **Cerner** les leviers d'action qui facilitent ou entravent l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux auprès de personnes migrantes;
3. **Analyser** quels sont les facteurs d'influence de l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux de deux organisations de santé, particulièrement pour les services infirmiers de première ligne, à l'égard de personnes migrantes.

1.3 Présentation de la Thèse

Nous avons réalisé une thèse par article. Elle en comporte quatre. Bien qu'originellement en anglais puisque soumis à des journaux anglophones, nous avons fait le choix de traduire nos articles « de thèse » en version française afin d'une part de garder une cohérence linguistique plus fluide, selon nous, tout au long de la thèse. Et d'autre part, consciente des barrières à l'accès aux publications scientifiques pour certains étudiants francophones à travers le monde, nous voulions « faire notre part » en donnant accès à une thèse totalement en français.

Le premier article est de nature conceptuelle et apparaît dans le chapitre 3 dédié au modèle théorique. Cet article circonscrit les concepts d'adaptation et de gouvernance multiniveaux à travers la lentille théorique de la complexité. Nous campons ainsi notre sujet dans une problématique liée à la migration tout en appréhendant l'adaptation de la gouvernance des organisations de santé de première ligne et son opérationnalisation au niveau local. Il en ressort un cadre conceptuel avec six propositions de recherches.

Les trois autres articles sont présentés dans le chapitre « Résultats » de cette thèse (chapitre 5). En effet, chaque article répond à un des trois objectifs de notre recherche et aux propositions qui y sont rattachées d'après le cadre développé dans l'article 1. Nous rejoignons ainsi la perspective théorique vue dans le premier article, et faisons le lien entre le cadre conceptuel développé, les propositions de recherche et les données empiriques recueillies.

Le second article porte sur le premier objectif. Il s'agit d'identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard de personnes migrantes ainsi que les interactions que ces acteurs entretiennent entre eux. La première partie du cadre conceptuel développé dans l'article 1 y est exploité afin de connaître les acteurs d'une gouvernance multiniveaux, comprendre leurs rôles et leurs jeux au sein du processus d'adaptation d'une organisation de santé complexe et son réseau, via les acteurs de l'Environnement. Le rôle spécifique d'*acteurs de connectivité* y est révélé. Les trois premières propositions de recherche y sont analysées (P1 à P3).

Dans le troisième article (objectif 2), sont cernés les leviers d'action qui facilitent ou entravent l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux auprès de personnes migrantes;

Un passage des *acteurs* aux *structures de connectivité* est alors rendu possible via un espace : la gouvernance multiniveaux, et une dynamique : la fractalisation. Dans cet article, c'est la proposition quatre qui est analysée (P4).

Enfin, le quatrième article (objectif 3) analyse quels sont les facteurs d'influence de l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux de deux organisations de santé, particulièrement pour les services infirmiers de première ligne, à l'égard de personnes migrantes. Nous observons que les facteurs identifiés sont pour beaucoup des leviers d'action (cf. article3) qui à travers le temps, et par récursivité, deviennent des facteurs d'influence. Il

en ressort que ce sont les caractéristiques de coévolution entre les acteurs de l'organisation et ceux de l'Environnement, notamment via l'émergence d'interactions novatrices, qui permettent de dynamiser un réseau, tout en palliant à l'ambiguïté de s'adapter. Les propositions de recherche cinq et six du cadre (cf. article 1) sont analysées à leur tour (P5 et 6).

En plus des quatre articles réalisés, la thèse est composée d'un état des connaissances (chapitre 2), retraçant les principaux courants théoriques s'étant intéressés à l'adaptation et de manière plus étendue au changement social. Les liens entre ces courants théoriques et leurs implications dans les domaines des organisations et du management sont traités.

Une seconde section s'intéresse à la gouvernance de manière générale et plus spécifiquement à la gouvernance clinique, administrative et multiniveaux au sein des organisations de santé.

Dans une troisième partie, nous faisons état de modèles organisationnels de première ligne au Québec, ainsi qu'en administration des services infirmiers, afin de rendre plus explicite le lien unissant l'administration des services infirmiers et la prise en charge de populations migrantes.

S'ensuit le chapitre méthodologique (chapitre 4). Bien que la méthodologie soit présente dans chacun des trois articles de résultats, nous souhaitons donner davantage de détails sur le contexte de l'étude, s'étant réalisée dans le cadre d'une « résidence de recherche ». Par ailleurs, ce chapitre est étayé par plusieurs annexes méthodologiques, dont les grilles d'entrevues utilisées (Annexe 2), l'arbre de codes (Annexe 3) et des extraits du dictionnaire de codes (Annexe 4).

Enfin, à la suite du chapitre de résultats (chapitre 5), comportant les articles 2, 3 et 4, se trouvent les chapitres de discussion et de conclusions (chapitres 6 et 7).

Chapitre 2 : État des connaissances

2.1. L'adaptation des organisations

Adaptation et changement dans les sociétés et les organisations

Il existe selon l'étude de Champagne (2002) deux types d'adaptation⁶ : l'adaptation réactionnelle et l'adaptation proactive.

L'adaptation réactionnelle est la réaction immédiate au changement. Ce type d'adaptation est souvent utilisé pour revenir aux conditions d'avant. Mais la compréhension des conditions passées ne correspond pas souvent aux conditions environnementales et socio-économiques actuelles.

L'adaptation proactive, quant à elle, engendre une diminution des risques et des dommages causés par le changement en faisant intervenir un processus décisionnel à long terme qui permet de mieux composer avec le changement à venir. Cette approche est souvent plus efficace puisqu'elle comporte des stratégies de gestion du risque et des évaluations périodiques. De plus, elle permet de considérer la complexité du changement, le processus dans lequel il s'inscrit, son dynamisme et l'apprentissage nécessaire à son implantation (Champagne, 2002).

En théorie des organisations, plusieurs auteurs ont rassemblé et catégorisé les différentes approches du changement et de l'adaptation ensemble, puisque ce sont deux notions inextricables (Brassard, 2003). Ces notions font effectivement partie d'un même processus, au sein duquel les approches varient selon que l'on se concentre sur les organisations en tant que structure, ou bien si ce sont davantage les acteurs, leurs relations de pouvoir et les rapports hiérarchiques qui sont analysés. Aussi, les relations et interactions entre l'organisation et l'Environnement sont des perspectives de plus en plus abordées, afin

⁶ « Adaptation », du latin *adaptatio* : Action d'adapter ou de s'adapter à quelque chose, adaptation aux circonstances / rendre cohérent avec. (Dictionnaire Larousse en ligne)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adaptation/1003> le 26 février 2010.

« Adapter », du latin *Adaptare* (ajuster) : modifier afin de rendre compatible avec son Environnement (Office Québécois de la langue française, 2001). http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8383180#eng (27 septembre 2012).

de voir comment chacune des entités évolue les unes par rapport aux autres (Ashworth, Boyne, & Delbridge, 2009; Balogun, 2006; Denis, Hébert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Dent & Goldberg, 1999; Gioia & Chittipeddi, 1991; Hage, 1999; Hinings, Greenwood, Reay, & Suddaby, 2004; Jarzabkowski, 2003; D. Tremblay, 2007; Andrew H. Van de Ven & Poole, 1995; Young, Borland, & Coghill, 2010; Brenda Zimmerman & Dooley, 2001).

Dans d'autres cas, certains parlent du recours aux capacités organisationnelles et aux capacités dynamiques des acteurs au sein de systèmes organisés afin d'analyser le changement organisationnel (Yordanov, 2013).

À l'instar de plusieurs auteurs, nous pouvons distinguer les théories s'intéressant à l'adaptation et par conséquent au changement organisationnel et social, selon deux catégories ou vision du monde : l'*équilibre* et le *déséquilibre* (Brassard, 2003; Forsé, 1989).

Du côté de l'équilibre les courants fonctionnaliste, évolutionniste (adaptation et changement progressifs) et néo-institutionnelle (changement radical) peuvent être regroupés.

Quant au déséquilibre comme étant une caractéristique des systèmes, il est davantage pris en compte dans des théories se référant aux conflits ou à l'interactionnisme par exemple.

Il existe plusieurs perspectives analytiques des organisations telles que les approches de la planification du changement et du développement ainsi que de la contingence et de l'écologie des populations qui peuvent s'apparenter à l'une ou à l'autre de ces théories.

Mais au-delà de ce clivage théorique entre équilibre et déséquilibre existent des perspectives plus « hybrides », qui apportent d'important éléments de réponses lorsque l'on souhaite réfléchir en termes de système organisé et d'adaptation. Entre autre, les approches configurationnelles (équilibre ponctuel) et celle du pluralisme (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Denis, Langley, & Rouleau, 2007) apportent une vision laissant plus de place à l'émergence, c'est-à-dire à l'action ne provenant pas uniquement du contrôle hiérarchique.

Après avoir fait le tour de ces différentes perspectives théoriques, nous présenterons la théorie de la complexité. C'est dans ce cadre que nous inscrivons notre recherche doctorale, en choisissant typiquement d'utiliser la perspective des systèmes adaptatifs complexes.

Un système équilibré qui évolue de manière mécanique vers un ordre certain

Pour penser en termes d'adaptation et de changement, il ne suffit pas d'observer empiriquement que l'état d'un système entre le temps t et le temps $t+1$ est différent. Pour l'analyser et le comprendre, on peut s'inscrire dans un cadre théorique, qui en science sociale (économie, politique, sociologie, etc.) semble être perçu comme un cadre « de l'équilibre ».

Si l'on se place du point de vue des fonctionnalistes, tout système social a tendance à préserver son équilibre interne, via notamment quatre fonctions principales : (1) tout système social est une structure bien intégrée (2) tout système social est une structure stable (3) chaque élément possède une fonction et contribue au maintien du système et (4) le fonctionnement du système est basé sur le consensus de chacun des membres autour de valeurs fondamentales (Henderson, 1935; Parson, 1937, 1957)). Selon Henderson, l'équilibre signifie que malgré l'apparition de modifications et de changements à travers le temps, le système possède des fonctions capables de le ramener à son état initial (Henderson, 1935). Dans cette perspective, l'équilibre social est plutôt perçu de manière mécanique et stable.

Selon Parson, ce sont les valeurs qui ont pour fonction de faire contrepoids aux exigences du changement (Parson, 1957, 1977). Ces valeurs représentent le ciment social d'une société, elles sont intériorisées par chacun des membres tout au long du processus de socialisation et d'apprentissage. La fonction de stabilité normative en résultant expliquerait ainsi les phénomènes de résistance au changement. Cette résistance est la garante de l'ordre stabilisé. Mais il peut arriver que le changement se réalise malgré tout. Dans cette perspective, le changement se limite néanmoins à trois cas de figure : (1) le changement se passe à l'interne permettant aux fonctions d'adaptation et d'intégration de préserver un fonctionnement global du système; (2) l'évolution du système se fait lentement via des changements qui s'intègrent à la fonction normative; et (3) le changement est radical, entraînant une rupture de l'équilibre du système : les forces en action entraînent la fin d'un ordre établi et en instaurent un nouveau. Cette logique ainsi conceptualisée se fonde sur la volonté naturelle supposée qu'à un système de maintenir un équilibre entre les différentes fonctions le constituant. Si déséquilibre il y a, le système comporte des fonctions permettant d'imposer la stabilité. Pour appuyer ces hypothèses, différents chercheurs ont postulé que le changement pouvait se produire, mais uniquement à cause de raisons exogènes. Ce qui met

un frein à toute possibilité de changement endogène, rendant dans le même temps le système passif et non dynamique (Beer, Eisenstat, & Spector, 1990; Kotter, 1996). Dans le même ordre d'idée, d'autres auteurs ont montré que le conflit faisait aussi partie de l'ordre systémique et était même une fonction régulatrice, alliée à l'équilibre (Collins, 1985). Dans cette perspective, la résistance au changement par exemple devient un conflit qui permet de maintenir l'ordre et l'équilibre au sein même d'une organisation ou d'une société (Coser, 1956).

Ainsi, l'adaptation et le changement sont possibles selon les théories fonctionnalistes, mais une fois considérés comme phénomènes fonctionnels, ils tombent sous le joug de la force de l'ordre et de la stabilité et il est difficile de les penser pour eux-mêmes.

Dans un autre domaine, celui de la biologie et des sciences de la nature, s'est développé le courant évolutionniste afin de penser et comprendre le changement et l'adaptation. Les théories qui s'y sont rattachées ont en commun d'être « organistes », c'est-à-dire que les structures observées sont des organismes vivants et non inertes. L'adaptation et le changement sont perçus comme des processus mécaniques qui répondent aussi aux critères de l'équilibre et de l'ordre.

Bien que l'idée d'évolution ne fût pas nouvelle à l'époque de Charles Darwin, il est tout de même désigné comme le père fondateur de l'évolutionnisme. À l'origine se trouve le célèbre « *De l'Origine des espèces* » (Darwin, 1921 (1872)) qui influença grandement son domaine d'expertise et plusieurs autres. Il y expose notamment le mécanisme (sélection naturelle) selon lequel les espèces se transforment et se diversifient, de manière adaptée, aux conditions de leurs milieux. Cette œuvre est considérée rapidement comme majeure, et bien que Darwin se soit abstenu d'aborder la question de l'humain dans ce livre, il n'est pas long que le lien soit explicitement fait par d'autres (Spencer, 1875). Bien que plusieurs thèses sociales découlant de ce mouvement aient été (et sont/seront toujours) fortement contestées, il faut par contre reconnaître que l'analogie du monde « du vivant » au monde sociétal et organisationnel a été important par la suite dans les relations entre les États, les religions et la science à propos des origines humaines, et notamment en ce qui a trait à la perspective « créationniste » (Kauffman, 1993, p. 643).

L'évolutionnisme prône donc une vision de l'adaptation et du changement progressive. Appliqué aux sociétés humaines, l'évolutionnisme tend à expliquer leurs changements et développements en termes de croissance, de diversification et de réintégration. Autrement dit, il y a d'abord la croissance de la société, qui entraîne une diversité des parties la composant et une spécialisation des fonctions. Plus il y a de diversité, plus les parties deviennent dépendantes entre elles et doivent s'adapter mutuellement (Kauffman, 1993).

Dans cette logique mécanique, l'autonomie des parties peut être absorbée au sein d'une organisation simple, mais pas dans une organisation complexe. On peut ici faire un parallèle avec la vision durkheimienne de l'opposition entre solidarité mécanique (sociétés traditionnelles) et solidarité organique (sociétés modernes) (Durkheim, 2013 (1895)). En effet, dans les sociétés dites traditionnelles, la division du travail est minimale, la diversité des parties ne met pas en péril l'ordre établi. Par contre, dans les sociétés dites modernes, la division du travail est plus importante et chacune des parties tend à être de plus en plus dépendante des autres pour échanger et survivre. Ce type de société est plus complexe et plus intégrée que les précédentes. Selon Durkheim, les mécanismes d'intégration et d'interdépendance vont permettre une cohésion d'ensemble tout en empêchant l'anomie, c'est-à-dire la perte de sens et la désintégration des normes assurant l'ordre social (Durkheim, 2013 (1895)).

Toutefois, dans une perspective « Darwinienne » de l'évolution, l'adaptation et le changement sont causés par une influence extérieure, que ce soit au niveau des organismes, des individus, des groupes et des sociétés, ne laissant alors que peu de place à une compréhension des systèmes complexes organisés, desquels peuvent émerger une dynamique.

Dans un autre registre, plus ancré dans le champ de l'économie et du management, l'adaptation et le changement organisationnel sont souvent envisagés selon une vision institutionnelle (Hinings et al., 2004; Marchesnay, 2006). En effet, l'organisation est conçue comme un phénomène social au cœur d'un environnement institutionnel et non simplement opérationnel. Cette approche est née au début du 20e siècle, en réaction à l'économie mathématique, et souhaite intégrer le rôle des institutions dans le fonctionnement de

l'économie. C'est dans les années 1980 que ces théories font un retour en force, sous le nom de « néo-institutionnalisme ». L'article phare est celui de March et Olsen, qui en réaction aux approches micro-économiques et du choix rationnel dans les domaines économiques et politiques, proposent de mettre l'accent sur le poids des institutions dans l'analyse des systèmes économiques et politiques (March & Olsen, 1984).

En théorie des organisations, plusieurs recherches vont s'établir le long de « sentiers de dépendance » (*path dependance*). Signifiant ainsi qu'une fois qu'une organisation est engagée dans une voie, telle que la mise en place d'un type X de technologie, cette décision va peser longtemps sur l'organisation (Pierson, 2000). Dans l'analyse des politiques publiques, c'est le poids des dispositifs institutionnels stables et rigides (infrastructures, lois, routines, règlements, etc.) qui est une contrainte à l'action publique. Cet environnement, loin d'être déterminé par avance, est façonné par ses agents régulateurs, normatifs et cognitifs (Rezki, 2004). Le processus d'institutionnalisation tel que mentionné par Tolbert et Zucker (1994) se déroule en trois étapes : l'habituation, l'objectivation et la sédimentation. L'habituation est « *le développement des structures appropriées et des comportements spécifiques pour résoudre des problèmes* » (Rouleau, 2007, p. 85). La seconde étape, l'objectivation, correspond à la phase où « *les arrangements structurels et les comportements sont partagés par les membres du groupe* » (p.86). La troisième étape, nommée sédimentation correspond à l'institutionnalisation des nouvelles pratiques ou des nouveaux arrangements organisationnels (p.86). Pour certains auteurs, une fois que le tout est adopté, il est très difficile de les transformer (Rouleau, 2007). Dans cette perspective, les changements importants tels qu'une réforme du système de santé ne pourront se produire que lorsque des circonstances extrêmes seront réunies, menant au changement radical.

Déséquilibre et mécanique : les luttes, les conflits et les tensions comme moteur du changement

Afin de pouvoir penser en termes de rupture et de désintégration des systèmes, d'autres penseurs sont sortis du cadre d'équilibre et ont développé les théories « du déséquilibre » (Boudon, 1977; Marx & Engels, 1977). Ces théories s'alignent sur quatre points principaux : (1) toute société est susceptible de changer; (2) toute société a en son sein

des tensions et des conflits; (3) des éléments endogènes peuvent contribuer à la désintégration et au changement du système; (4) toute société est basée sur l'influence et la contrainte exercées par certains de ces membres sur d'autres. Le système n'est pas en équilibre spontanément, mais véhicule plutôt des rapports de forces contradictoires, contribuant à son changement.

Si l'on se place du point de vue du conflit et des théories marxistes, la lutte des classes est le moteur de l'histoire et l'unique facteur endogène du changement (Marx & Engels, 1977). Issue du clivage entre les classes propriétaires des moyens de production et celles n'ayant que leur force de travail, la pensée marxiste en est une du déséquilibre. Déséquilibre de la société dû aux contradictions et aux conflits permanents, qui se traduisent par le désordre généralisé. Dans cette optique, le changement est alors quasi-permanent. Mais dans un tel état de déséquilibre, il paraît difficile de concevoir des moyens assez forts pour qu'une structure puisse se maintenir ou au contraire qu'un changement structurel puisse se réaliser, sans pour autant mettre en branle l'ensemble des institutions et de la société existant.

Le point de vue de Dahrendorf sur les conflits comme étant une lutte pour maintenir ou modifier le rapport à l'autorité peut compléter la vision marxiste. En effet, soit que la classe dominante va lutter pour maintenir son autorité et donc privilégier le *statu quo* et l'inertie, soit que les classes dominées vont quant à elles lutter pour changer l'ordre établi, jugé comme inégalitaire (Dahrendorf, 1972). Le changement, pour cet auteur, a pour moteur la multiplication des groupes d'intérêts et des conflits inter groupes : leur rapports se complexifient et se diversifient.

Par contre, pour ces deux perspectives du déséquilibre, les conflits sociaux sont de l'ordre du désordre, et ont nécessairement une finalité à somme nulle, c'est-à-dire que ce que l'un perd, l'autre le gagne. Dans ces conditions, il est difficile de retrouver un ordre et un équilibre, sans le passage par la coercition. Ainsi, si ces théories arrivent à penser le changement dans sa multiplicité, elles ont par contre de la difficulté à expliquer son ordre (et surtout le retour vers un ordre) et donc son adaptation. Le changement est pensé de manière radicale, sans grande possibilité de conciliation des rapports de forces et des intérêts.

D'un autre point de vue, l'interactionnisme, au sens de l'individualisme méthodologique défendu notamment par Raymond Boudon, fait état du changement comme

étant un processus provenant de l'interdépendance et de l'interaction entre les acteurs (Boudon, 1977, 1989). En effet, c'est à l'aide d'un calcul avantage/risque que les individus rationnels prennent des décisions stratégiques qui finissent par s'agglomérer, créant un « effet émergent ». Par contre, ces « effets émergents » ont des effets pervers, qui ne correspondent pas toujours aux intentions initiales des individus. Pour analyser le changement, l'auteur distingue le contexte dans lequel s'inscrivent les actions, du système d'interaction et du phénomène social résultant de ce système (Boudon, 1989). Ce dernier peut modifier le contexte d'origine, et de là, provoquer la création d'un nouveau système d'interaction, qui lui-même, donnera naissance à un nouveau phénomène social. Le changement y est perçu comme indéterminé puisque plusieurs systèmes d'interactions peuvent provenir du même contexte. À l'instar d'Olson (1965) et de la stratégie « du passager clandestin »⁷, l'existence d'intérêts communs dans un groupe social ne suffit pas pour le mobiliser. Ce groupe peut en effet décider de défendre ses intérêts ou non. Il n'y a rien de déterminé que ce soit au niveau du système d'interaction en place ou du changement. Ce qui, à ce niveau, constitue une rupture avec les approches plus *déterministes* du changement exposées jusqu'à maintenant. Évidemment, ce type d'approche n'est pas sans susciter plusieurs critiques. Nous retiendrons qu'un système ne peut pas être recomposé qu'à partir de l'agrégation de ces éléments : *le tout est plus que la somme de ces parties* (Morin, 2005 (1990)).

En théorie des organisations existent différentes approches se raccordant à l'une ou l'autre des « meta-théories » explicitées plutôt. Nous allons en voir quelques-unes, qui sont le développement organisationnel, les approches par contingences et celle de l'écologie des populations.

Les approches se rapportant au développement organisationnel et au design organisationnel ont tendance à intégrer les perspectives de la planification et de la prévisibilité des actions posées. Ces perspectives mettent un accent particulier sur le maintien de l'équilibre dans l'organisation et le passage d'un état stable à un autre état stable. Cette

⁷ **Paradoxe du « passager clandestin »** : pour tout individu, selon Olson, s'engager dans une action collective à un coût. Au sens du choix rationnel, il a tout intérêt de ne pas y participer puisque de toute façon il en récoltera les fruits. Dans cette optique, la mobilisation des individus s'explique selon Olson par leurs réponses à des incitatifs, qui peuvent prendre la forme de récompenses symboliques ou de pressions de la part de leur entourage (pression sociale). (Olson, 1965)

vision évacue la complexité du changement et prend la forme d'un discours se rapprochant des priorités des preneurs de décision, dans un temps relativement court (Rondeau, 2008). Ce type d'approche est donc réalisable dans un contexte où les problèmes et les solutions sont connus, repérés et appliqués à l'instar d'une recette ou d'une méthode (S. Glouberman & Zimmerman, 2004).

La conception d'une organisation selon les approches de la contingence est à la base des approches dites « écologiques ». L'approche par contingence soutient qu'il n'y a pas une structure organisationnelle qui répond mieux qu'une autre à l'Environnement, mais que celle-ci doit être ajustée : le « fit », aux facteurs de contingence de l'organisation, et donc à l'Environnement (Mintzberg, 1989; Tsoukas & Dooley, 2011). Cette approche conçoit la structure de l'organisation comme un système ouvert, en interaction avec son Environnement. Cela suppose qu'il n'existe pas une seule bonne manière de s'adapter, mais que l'ajustement d'une organisation doit se faire en considérant la nature des tâches à réaliser, sa mission, les technologies utilisées et l'environnement auquel elle est contrainte (Galbraith, 1973; Lawrence, Lorsch, & Garrison, 1967). De plus, il est mis en évidence par les travaux de Galbraith que si l'adaptation est nécessaire, c'est pour répondre à une incertitude croissante face aux décisions à prendre et aux actions à poser. Afin de faciliter les processus de prises de décisions et alléger les acteurs hiérarchiques, des mécanismes notamment structurels et de liaisons sont mis en place (Galbraith, 1973). L'approche par contingence fait ainsi référence à un ajustement vertical entre les composantes externes, l'Environnement et l'organisation.

Cependant, en plus des approches de la contingence, et aussi en réponse à cette dernière, se développent dans les années 1970 les approches de « l'Écologie des populations » appliquée aux organisations. Les tenants de ce courant sont Hannan et Friedman, qui en 1977, publient un article « fondateur » dans *American Journal of Sociology*. Ils y dénoncent que la recherche ne devrait pas se limiter à observer des organisations ou des groupes d'organisations isolés pendant des périodes plus ou moins longues de leur cycle de vie, mais devraient plutôt étudier des populations entières d'organisations. Ils entendent par population d'organisation, un ensemble d'organisations engagé dans des activités similaires et ayant des modèles d'utilisation des ressources similaires. Cette méthode d'observation et d'appréhension de la réalité est selon eux, la seule offrant la possibilité d'obtenir des

informations fiables et fidèles sur les relations qu'entretiennent les processus internes des organisations avec leur Environnement (Hannan & Freeman, 1977). À l'instar des théories évolutionnistes, les organisations suivent les caractéristiques d'une sélection, soit elles rentrent dans « *une niche environnementale* » soit elles disparaissent.

Cette vision a été remise en cause par plusieurs car jugée très déterministe et réducteur, presque à néant, l'influence que peut exercer l'organisation sur son propre Environnement.

Du déséquilibre à l'équilibre : l'adaptation et le changement en mode systémique et récursif

La vision systémique en sciences sociales renvoie à plusieurs principes : (1) les phénomènes sociaux sont interdépendants et ne peuvent pas être analysés séparément; (2) il existe des boucles de rétroactions (feedback), (3) la société est subdivisée en sous-système relativement autonome, ayant des fonctions spécialisées et en interactions permanentes (Forsé, 1989).

À l'instar des théories du changement dans les sciences sociales, le changement dans les organisations est de plus en plus perçu comme un phénomène complexe et dynamique (A. Langley & Jean-Louis. Denis, 2008)). Plusieurs auteurs montrent qu'il peut être envisagé à la fois comme « épisodique » et comme « continu », ces deux visions étant complémentaires (Van de Ven & Poole, 1995; Weick & Quinn, 1999). Lorsque l'on parle de changement, on ne peut négliger deux variables primordiales : le temps et le contexte. En effet, à mesure que le temps avance, les différentes mesures impliquant des changements pourront au sein d'un contexte organisationnel prédéfini produire des types de comportements propres à ce contexte. Le processus de changement sera alors perçu « *de façon située au sein d'un processus continu* » (Langley & Denis, 2008). En s'inspirant des écrits de Giddens, ces auteurs montrent qu'une fois que l'on reconnaît l'interaction dynamique entre le contexte et l'action, « *le point de vue situé exprime un point de vue constructiviste et structurationnel des processus organisationnels* » (Giddens, 1984; Langley & Denis, 2008). C'est aussi dans cette perspective que nous inscrivons notre recherche et le développement conceptuel qui s'en suit.

L'adaptation peut s'envisager comme une action dynamique à travers laquelle des aller-retour sont effectués entre ce qu'il se faisait avant et après (rétroaction et processus récursif). Ainsi, l'adaptation, que ce soit au niveau d'un individu, d'une organisation ou

d'une société, signifie à la fois se procurer dans son environnement les ressources nécessaires à sa survie et à son développement et à la fois s'ajuster aux divers changements qui se produisent dans cet environnement (démographique, technologique, politique, climatique, etc.) (Contandriopoulos, 2003, 2008a; Sicotte, Champagne, & Contandriopoulos, 1999).

Dans les organisations, si cohabitent continuité et stabilité, mais que le changement en est absent, alors « *the potential to adapt to environmental changes* » disparaît (Harigopal, 2006, p. 29) et les organisations interreliées à leur Environnement ne peuvent survivre dans un constant *statu quo* (A.-P. Contandriopoulos, 2003) Le changement est un processus qui, si vidé de l'adaptation, n'existe pas.

Selon plusieurs auteurs, dont Moore et Kraatz (2010), une organisation doit pour s'adapter avec succès, équilibrer sa réactivité vis-à-vis d'un environnement plus large tout en appréciant de manière perspicace ses propres compétences, l'histoire et le contexte local.

Dans notre cas, le changement se caractérise par l'arrivée croissante de population provenant de pays étrangers et connaissant des périodes plus ou moins longues de vulnérabilité. Le processus de socialisation vécu par ces personnes est souvent très différent de celui vécu par les professionnels de santé (Mechanic, 1968). Ce qui exige une capacité d'adaptation de la part des deux entités, mais qui n'est pas symétrique : relation de pouvoir et de légitimité entre le professionnel et le profane (Donabedian, 1973, 2005; Rogers, 1997).

Par ailleurs, l'adaptation se situe aussi au niveau administratif de l'organisation de santé. Si on admet que l'adaptation se réalise au niveau des pratiques cliniques, il en va tout autrement au niveau de l'administration, qui est confrontée à ces enjeux moins directement. Cependant, étant là pour supporter les pratiques cliniques (Lamarche, Pineault, & Brunelle, 2008), l'organisation se voit contrainte de s'adapter au niveau des services qu'elle offre. Et c'est la gouvernance de l'organisation de santé dans son ensemble qui est alors interpellée afin qu'elle s'arrime au contexte dans lequel elle existe et puisse évoluer conjointement (Brown & Eisenhardt, 1997).

Dans cette optique, l'adaptation est entendue comme une action volontaire et continue de la part des acteurs des organisations de santé (sphère administrative et clinique) pour rendre cohérents les services fournis avec les caractéristiques dynamiques des populations desservies. Autrement dit, l'adaptation est un indicateur des capacités adaptatives

organisationnelles puisque garante du maintien d'un équilibre entre changement et continuité. L'adaptation est un processus régulateur et vital pour toute organisation. Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de ce type de population peut aussi devenir un indicateur de performance de l'organisation.

Dans un contexte de prise en charge de personnes migrantes, la prise en compte de la diversité culturelle au sein des organisations est une dimension importante de la capacité d'adaptation des pratiques cliniques et administratives. Les organisations fragmentées entre plusieurs sous-cultures vont le plus souvent préférer des formes récursives de pratique puisqu'il leur manquera un langage commun face au processus stratégique et auront alors de la difficulté à obtenir un consensus et un engagement réel face au changement (Jarzabkowski, 2004; Knights & Mc Cabe, 1998). La création d'une culture de la connaissance, via l'apprentissage organisationnel, au sein d'un établissement se caractérise par l'habileté d'intégrer de façon simultanée de multiples interprétations au sein des processus stratégiques engagés dans un contexte de changement (Huber, 1991), ce qui donne lieu à un ancrage commun des différents paliers organisationnel et clinique autour de valeurs communes (Klein & Sorra, 1996).

Au niveau de l'apprentissage organisationnel, qui fait partie intégrante du processus d'adaptation, Argyris et Schön (2002), mentionne que *« l'idée d'action organisationnelle précède celle de l'apprentissage organisationnel dans la mesure où apprendre, penser, savoir ou se souvenir sont des formes d'action, et parce que l'accomplissement d'une action observable et nouvelle pour une organisation constituera en lui-même la meilleure preuve que l'on se situe bien dans le domaine de l'apprentissage »* (p.30).

Ces mêmes auteurs montrent comment, à travers l'action, l'apprentissage organisationnel fait appel aux savoirs détenus par les membres de l'organisation, mais aussi, et surtout, au processus d'apprentissage propre à l'organisation dans son ensemble. *« Il existe des organisations qui semblent incapables d'apprendre ce que tous leurs membres savent (...) -et- inversement, il existe des cas où les organisations en savent beaucoup plus que les membres qui la composent (armée ou télécoms) »* (p. 28) (Argyris & Schon, 2002). Les organisations changent si un processus d'apprentissage collectif est mis de l'avant, ce processus est basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur (Champagne, 2002). S'il existe

plusieurs manières et perspectives possibles pour appréhender l'adaptation au sein des organisations, et plus largement au sein des sociétés, nous présentons ici la théorie de la complexité que nous avons choisi d'utiliser tout au long de cette thèse. Élaborée selon une perspective non-linéaire de l'adaptation, nous avons opté pour la Complexité pour plusieurs raisons.

Premièrement, selon de nombreux auteurs, ces théories permettent d'améliorer la compréhension des enjeux paradoxaux, controversés ou ambigus entourant les explications données aux processus d'adaptation dans les organisations (Mathews, White, & Long, 1999; Tenbenschel, 2013; Thietart, 2001; Tsoukas, 1998; Tsoukas & Dooley, 2011; Andrew H. Van de Ven, Leung, Bechara, & Sun, 2012).

Deuxièmement, à l'instar de Stacey, nous préférons aborder plus précisément la complexité à travers les systèmes adaptatifs complexes, avec des notions centrales qui reposent davantage sur l'étude des comportements émergents, l'auto-organisation, la co-évolution et l'adaptation (Stacey, 1995).

Troisièmement, les théories de la complexité ont l'avantage de représenter une perspective qui, selon nous, apporte une meilleure appréhension des comportements organisationnels et sociétaux lors d'enjeux de plus en plus imbriqués, globaux et incertains.

Dans cette thèse, l'enjeu de l'immigration représente à la fois un phénomène qui a toujours existé dans les sociétés humaines- ou presque-, mais dont l'ampleur atteint aujourd'hui des niveaux de complexité inédits via notamment la mondialisation, la diversité et les pluralismes culturels au sein des sociétés tantôt d'accueil, tantôt de départ. La diversité des statuts légaux ou non des migrants est fortement dépendante des politiques d'immigration de chacun des États. Ces politiques jouent un rôle primordial en influençant grandement la perception et l'accueil de ces groupes de populations aux seins des sociétés (Vimard, 2002). Du point de vue des organisations de santé, ces enjeux se reflètent à un niveau plus local, au sein des pratiques cliniques et administratives, lorsque se rencontrent des entités « migrantes » et « non migrantes », du « ici » et de « l'ailleurs » (Bibeau, 1988).

Aperçu de la théorie de la complexité

Dans le langage commun, la « Complexité » est souvent entendue comme « *comportant des éléments divers qu'il est difficile de démêler* »⁸. En effet, qu'elles proviennent de la physique, des mathématiques, de la biologie, de l'économie, de la philosophie ou de l'écologie, les approches traitant de la complexité se réfèrent à des phénomènes prenant en compte une multitude de facteurs et d'acteurs avec lesquels « *se combinent des principes de régulation et de déséquilibre, où se mêlent contingence et déterminisme, création et destruction, ordre et désordre, ou enfin s'échafaudent des systèmes composés de plusieurs niveaux d'organisation* » (p. 100) (Dortier, 2004).

Pour Morin (2005 (1990)) penseur et philosophe de la complexité, elle est « *à première vue un phénomène quantitatif, (avec une) extrême quantité d'interactions et d'interférences entre un très grand nombre d'unités. Mais la complexité ne comprend pas seulement des quantités d'unités et interactions qui défient nos possibilités de calcul; elle comprend aussi des incertitudes, des indéterminations, des phénomènes aléatoires. La complexité dans un sens a toujours affaire avec le hasard. Mais elle ne se réduit pas à l'incertitude, c'est l'incertitude au sein de systèmes richement organisés* » (p.48-49).

Si la complexité désigne alors une approche, un paradigme, une philosophie ou une science, le système en tant que tel est composé d'éléments matériels qui sont interdépendants les uns des autres et qui s'inscrivent dans un processus dynamique, afin de former un ensemble organisé, revêtant à la fois des rôles d'organisant et (d') organisateurs (Dewaele, 2001; Le Moigne, 1994).

En terme de système complexe, œuvrer et gérer avec une incertitude croissante fait partie des grands défis à relever. Que ce soit au niveau international ou à des niveaux plus locaux, la diversité des acteurs, l'émergence de problématiques nouvelles ou encore les pressions de plus en plus fortes de l'Environnement (climatique, politique, social, démographique ou/et économique) créent des tensions et des remises en question au niveau des différentes structures tels que les systèmes politiques, les États, les industries et les organisations (Farazmand, 2003).

⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/complexit%C3%A9/17700> le 8 juin 2010

Les organisations font parties de systèmes complexes comprenant une multitude d'acteurs interdépendants, agissant pour le compte d'intérêts spécifiques (P. Anderson, 1999). La somme de ces acteurs en interaction forme une entité faisant partie d'un système. Ce système, lorsque appréhendé dans sa dynamique et sa récursivité, est perçu comme adaptatif : c'est ce que plusieurs nomment un système adaptatif complexe (Miller & Page, 2007; Palmberg, 2009). Il existe de nombreuses définitions d'un système adaptatif complexe (Ford, 2010; Gleick 1988; Holland, 1995; Miller & Page, 2007; P. E. Plsek & Greenhalgh, 2001). Mais de manière assez générale, il peut être défini tel qu' « *un ensemble d'acteurs interdépendants formant un tout intégré, dans lequel un acteurs peut être une personne ou une organisation* » [traduction libre](Palmberg, 2009, p. 484).

Ce système est pourvu de plusieurs propriétés et de mécanismes découlant à la fois des parties le composant (les différents acteurs) et de caractéristiques qui lui sont propres en tant que système (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003; Holland, 1995). Nous allons en décrire plusieurs qui, selon nous, sont caractéristiques des systèmes adaptatifs complexes et qui nous serviront dans l'élaboration de notre propre cadre de référence (Article 1).

Propriétés d'un système adaptatif complexe

La multitude d'acteurs composent les organisations et les Environnements les entourant. Ces acteurs (ou groupes d'acteurs) sont interdépendants. Dès qu'un acteur interagit avec un autre, l'action du premier a une incidence sur celle du second et vice versa, la réponse du second apporte une modification au comportement du premier (Rickles, Hawe, & Shiell, 2007).

Les acteurs d'un système complexe sont aussi très différents dépendamment des logiques et des intérêts qui les animent (Glouberman & Mintzberg, 2002). Cette diversité au sein de l'organisation est une source de créativité et de développement d'habiletés pour résoudre des problèmes (vision positive de la diversité) (McDaniel, Lanham, & Anderson, 2009). Mais elle peut aussi être une source de tensions et de conflits entre les acteurs et les groupes d'acteurs en présence (vision négative de la diversité) (McDaniel et al., 2009). En effet, les systèmes organisés évoluent de manières interdépendantes à travers les échanges et les actions des différents acteurs inter-reliés. Ces ensembles de comportements ont à la fois des schèmes d'action et des schèmes structurels reconnaissables et prévisibles. Et dans le

même temps, sont capables d'auto-organisation, visant des résultats à long-terme, imprévisibles par nature. Ces comportements émergent souvent de conflits ou de rapports de pouvoir permettant à des comportements créatifs et innovants de s'exprimer : ils évoluent dans un cadre d'instabilité limitée (Boisot & Mckelvey, 2010; Crozier & Friedberg, 1981; Stacey, 1995).

L'auto-organisation, ou « l'organisation vivante » (Morin, 2005 (1990)), est un mécanisme inhérent aux acteurs et au système. C'est le développement, dans une organisation, de processus dynamiques à travers l'interaction des acteurs dans un cadre souvent dit « au bord du chaos » (P. Anderson, 1999; Lichtenstein, 2000). La diversité des comportements fait partie de l'auto-organisation du système, processus facilitant les transitions ou les changements. Étant plus que l'ensemble des parties (c'est-à-dire des acteurs ou groupes d'acteurs), l'auto-organisation d'une organisation peut sembler être improvisée et spontanée (Hayek, 1948), et non dictée par des voies hiérarchiques supérieures. Les acteurs, prenant l'habitude de travailler ensemble, peuvent finir par adopter une vision d'ensemble, partagée, leur permettant de partager aussi leurs différents savoir-faire, expériences et expertises. Chaque acteur est unique, possédant une expertise et un savoir-faire particulier (Ford, 2010), préexistant à chaque nouvelle situation, phénomène que l'on peut rapprocher des concepts de « building blocks »⁹ (Holland, 1995) ou « d'habitus »¹⁰ (Bourdieu, 1994). C'est ce qu'Anderson nomme le « *schemata* » (P. Anderson, 1999), à savoir la structure cognitive qui détermine l'action de l'acteur prise au temps **t**, avec sa perception de l'Environnement au temps **t-1**. Le *schemata* est à la base une caractéristique individuelle et hétérogène, relevant du processus d'auto-organisation. Si partagé par différents acteurs, le

⁹ **Building Blocks** : (ou composantes structurantes) « *the ability to decompose a complex scene into parts. The component parts are far from. They can used and reused in a great variety of combinations, like child's set of building blocks. Because reusability means repetition, we begin to see how we can have repetition while being confronted with perpetually novel scenes. We gain experience through repeated use of the building blocks, even though they may never twice appear in exactly the same combination* ». » p.34 in (Holland, 1995)

¹⁰ **Habitus** : « *the concept of habitus (...) is a set of "internalized dispositions," that reside within individuals. They are learned through formal education, experience, and the inculcation that occurs as actors learn to negotiate social relations, to use language, and to recognize their context. Thus, the responses of individuals within fields reflect not only the positions and capital available within the field but also the habitus of the actors involved* » p.266 in (Oakes, Townley, & Cooper, 1998)

schemata peut devenir collectif à l'échelle d'un service ou de l'organisation dans son ensemble.

Les dynamiques du système, les interactions, se caractérisent par des rétroactions positives et négatives. La rétroaction positive peut provoquer ou intensifier le processus d'adaptation, au sein d'une organisation, de certaines variables dans une autre direction qu'initialement prévue (Rickles et al., 2007). La rétroaction positive, tout comme la non linéarité, est une caractéristique fondamentale de la vie organisationnelle. Les comportements émergents de ces boucles de rétroactions positives sont le plus souvent inattendues, et vont même à l'encontre des résultats escomptés (Rickles et al., 2007; Stacey, 1995; Sweeney & Griffiths, 2002). La rétroaction négative quant à elle détecte et corrige immédiatement les écarts. Elle le fait de façon automatique. En supprimant les erreurs, « *elle crée les états désirés en évitant les états nuisibles* » (p.90) (Morgan, 1989). C'est un processus important dans la stabilité de certaines organisations.. En réalité, l'auto-organisation serait une des caractéristiques principales des acteurs d'une organisation évoluant dans un système à instabilité limitée (Stacey, 1995). Les résultats escomptés ont souvent un but général plutôt que particulier. Et de petits changements dans un service particulier d'une organisation vont souvent se répercuter en des résultats plutôt inattendus et importants pour l'ensemble de l'organisation.

Ainsi, dès que nous nous plaçons dans une organisation humaine, nous pouvons parler de boucles de rétroaction ou de feedback. Les boucles de rétroactions que les acteurs mettent en place en interagissant les uns avec les autres forment des réseaux d'actions non-linéaires (Stacey, 1995). Chacune des actions posées peut avoir plusieurs résultats possibles, positifs ou négatifs, dépendamment de la réponse des acteurs sollicités. Le comportement collectif est plus que la simple somme des comportements individuels.

À travers ces boucles de rétroactions, l'organisation va pouvoir user de ses codes culturels, comme le ferait un organisme biologique en utilisant ses codes génétiques pour s'auto-gérer (voir l'image de l'organisation comme un organisme de Morgan (1989)) tirant plus souvent vers l'ordre que le désordre.

La science classique a privilégié l'ordre et la stabilité, alors qu'à tous les niveaux d'observation est reconnu désormais le rôle primordial des fluctuations et de l'instabilité. La

dichotomie entre l'ordre et le désordre se reflète entre autre dans ce que Stacey (1995) nomme les *s* d'une organisation. Ils agissent chacun différemment sur le système formel et le système informel de l'organisation dépendamment des conditions dans lesquelles le système, l'organisation et les individus évoluent, et vers lesquelles ils tendent de manière individuelle et de manière collective. Initialement utilisé en physique, dans l'étude des systèmes dynamiques, un attracteur est une zone vers laquelle un système se déplace et dans laquelle il aura tendance à rester s'il n'y a pas de perturbations majeures (Gleick 1988).

Les attracteurs peuvent être des espaces fixes ou stables, ou bien des espaces instables faisant passer le système en état de « chaos ». Ils peuvent aussi être les deux en même temps. Ce sont alors des attracteurs des cycles limites qui oscillent et sont aléatoires, ils représentent une instabilité limitée ou dite « au bord du chaos » (Miller & Page, 2007; Palmberg, 2009; Rickles et al., 2007; Sweeney & Griffiths, 2002; B. Zimmerman & Hurst, 1993).

Dans une organisation, les *attracteurs* peuvent être imaginés sous formes de leviers avec lesquels il est possible d'agir pour obtenir davantage d'homogénéité et de cohérence dans l'ensemble des prises de décisions. Ces différents leviers sont des moyens par lesquels la gouvernance peut inciter le changement à plusieurs niveaux d'une organisation. Au niveau de l'acteur, ce mécanisme de levier agit en fonction de son environnement immédiat, interne à l'organisation, et plus éloigné, externe à l'organisation. Ces leviers sont d'autant plus efficaces qu'ils vont dans le sens des structures de pensées des acteurs c'est à dire dans le sens de leurs « *schemata* » (P. Anderson, 1999). D'ailleurs pour Dolan et al. (2000) les valeurs organisationnelles peuvent être considérées comme des attracteurs. Les auteurs définissent les attracteurs comme des modèles de représentations des résultats comportementaux d'un système. Par exemple, ils ne sont pas des forces d'attraction ou des objectifs précis pour le système, mais plutôt des leviers vers lesquels, et grâce auxquels, le système se porte, basés sur des règles communes.

Auto-Eco-Organisation : L'organisation se façonne en prenant en compte et en apprenant de son Environnement : elle interagit avec son Environnement et les éléments du contexte (Morin, 2005 (1990)). Une organisation est vivante puisqu'elle s'auto-organise, ce qui la différencie nettement d'une machine, et ce qui la rapproche du même coup de la

métaphore de l'organisme (Morgan, 1989; Morin, 2005 (1990); B. Zimmerman & Hurst, 1993). Dans le même temps, cette organisation n'est pas ostracisée, et a des contacts avec le monde extérieur, ce qui rapproche alors considérablement l'organisation à l'image du cerveau, dans laquelle les acteurs apprennent à apprendre et rendent du même coup l'organisation, dans son ensemble, apprenante (Senge, 1990). Le tout est plus que les parties qui le compose. Au sein d'une partie, à l'image d'un hologramme, nous pouvons retracer les grandes propriétés du système, c'est le principe d'autosimilarité qui est à la base des organisations fractales : les actions se passant à un niveau de l'organisation se répercutent et se réalisent aux autres niveaux de manière similaire (Morgan, 1989; B. Zimmerman & Hurst, 1993).

La co-évolution est alors l'agrégat de ces auto-éco-organisations et des développements de l'Environnement par rapport à l'organisation. À partir du moment où il y a échange entre l'interne et l'externe, nous sommes en présence de co-évolution du système complexe dans son ensemble. La co-évolution réfère directement à la relation interdépendante entre l'organisation et son environnement, local notamment, mais aussi au niveau global. La réponse de l'environnement à un « stimuli » de l'organisation peut altérer à la fois l'organisation et l'Environnement (Holland, 1995). Ils sont en interconnexion et en interdépendance continues via des processus de rétroactions positives (Rickles et al., 2007). L'organisation agit et réagit de manière coopérative ou de manière compétitive avec les acteurs de l'Environnement. À leur tour, les acteurs de l'Environnement (eux aussi sont d'autres types d'auto-éco-organisation), de par leurs actions, sont influencés et influencent ceux de l'organisation (Palmberg, 2009). L'organisation et l'Environnement s'adaptent mutuellement l'un à l'autre.

Ainsi, les processus d'adaptation sont perçus comme dynamiques et sans fin puisque l'adaptation est réursive. Dans le cas des organisations de santé, il ne peut être envisagé une standardisation complète des pratiques, surtout au niveau opérationnel, vis-à-vis des patients; ce qui revient à dire que le champ d'action, quel qu'il soit, observe toujours une ouverture pour les nouvelles connaissances et l'apprentissage de nouvelles méthodes de travail, de communication et d'interactions. Le champ d'action est l'espace au sein duquel les acteurs

interagissent, il est « *à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et un champ de luttes à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciées selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure* » (Bourdieu, 1994, p. 55). Sont pris alors en compte les différents acteurs et l'influence qu'ils peuvent avoir sur les processus d'adaptation de la gouvernance.

Dans notre recherche, nous retiendrons que l'adaptation est l'adéquation entre l'offre de services de l'organisation et les besoins et attentes des populations desservies dans l'Environnement. L'adaptation est une action volontaire et continue entreprise par les organisations de santé (administratif et clinique) pour rendre cohérents les services fournis avec les caractéristiques de clientèles migrantes et/ou nouvellement arrivées. Ainsi, l'adaptation est un processus régulateur, vital, actif, non déterministe et émergent pour toute l'organisation puisque garantissant le maintien d'un équilibre interne et externe entre changement et stabilité.

2.2. La gouvernance des organisations de santé

De gouverne à gouvernance

Traditionnellement, la gouverne est définie comme « ce qui doit servir de règle de conduite »¹¹, notamment en termes politique à l'égard d'un État, d'une institution ou d'une organisation. Elle tente d'influencer par divers moyens l'action collective dans un domaine spécifique. Elle s'analyse, d'après Hatchuel, selon deux principes : l'élaboration d'un réseau de relations et la mobilisation des savoirs dans une vision de « prospective » (Hatchuel, 2000a).

La gouvernance, qui longtemps était synonyme de gouvernement, est actuellement entendue davantage comme un « mouvement de « décentrement » de la prise de décision, avec une multiplication des lieux et des acteurs impliqués dans cette décision. Il renvoie à la mise en place de nouveaux modes de régulation plus souples, fondés sur le partenariat entre différents acteurs » (Hufty, 2007). Au sein d'établissements de santé, elle peut aussi être entendue comme « la conception et la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité » (Brault, Roy, & Denis, 2008; Hatchuel, 2000a). Dans cette optique, la gouvernance du système de soins devient un enjeu social et politique. On situerait alors la gouvernance au cœur d'un processus permettant des stratégies de changement tant sur le plan fonctionnel, que sur les perceptions des différents acteurs de la légitimité et de la crédibilité du système (Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001; Hatchuel, 2000a).

Dans notre étude, les phénomènes migratoires sont envisagés comme un changement social au sein duquel les valeurs, les normes et les règles de références sont appelées à être revisitées tout au long du processus d'adaptation des communautés, des organisations et des individus (processus récursif). Au niveau des établissements de santé, plusieurs leviers peuvent être utilisés par la gouvernance pour améliorer les capacités organisationnelle et clinique pour induire et piloter ce changement : l'incitation (financière, reconnaissance des actions par les pairs, etc.), l'influence, la réglementation, l'autorité formelle et l'engagement moral (Contandriopoulos, Fournier, Denis, & coll., 1999). Mais davantage encore, une

¹¹ Dictionnaire de la langue française, Le Petit Robert, 2002, p. 1201.

gouvernance efficace, selon Denis (2002), doit avant tout « *porter sur la cohérence des décisions et des actions prises sur le plan clinique, organisationnel et politique dans l'ensemble du système de soins* ». Les décisions et les actions entreprises au niveau clinique et organisationnel peuvent s'analyser au regard de ce concept de cohérence, qu'elle soit interne ou externe à l'établissement de santé. La cohérence répond à trois types de logiques, celle du leadership ,notamment collective, au sein des actions entreprises (*modèle de la délégation* selon Denis et al. (2005)), celle du champs d'intérêt et des attentes des différents acteurs vis-à-vis de l'établissement (*modèle des stakeholders* selon Denis et al. (2005)) et enfin celle de l'engagement au sein de la communauté comme étant un but poursuivi par les établissements de santé (*modèle de stewardship* selon Denis et al. (2005)), d'où la nécessité de s'arrimer aux besoins des populations du territoire afin de répondre le plus adéquatement possible à leurs attentes grâce à un alignement cohérent entre les actions et les décisions.

Gouvernance clinique

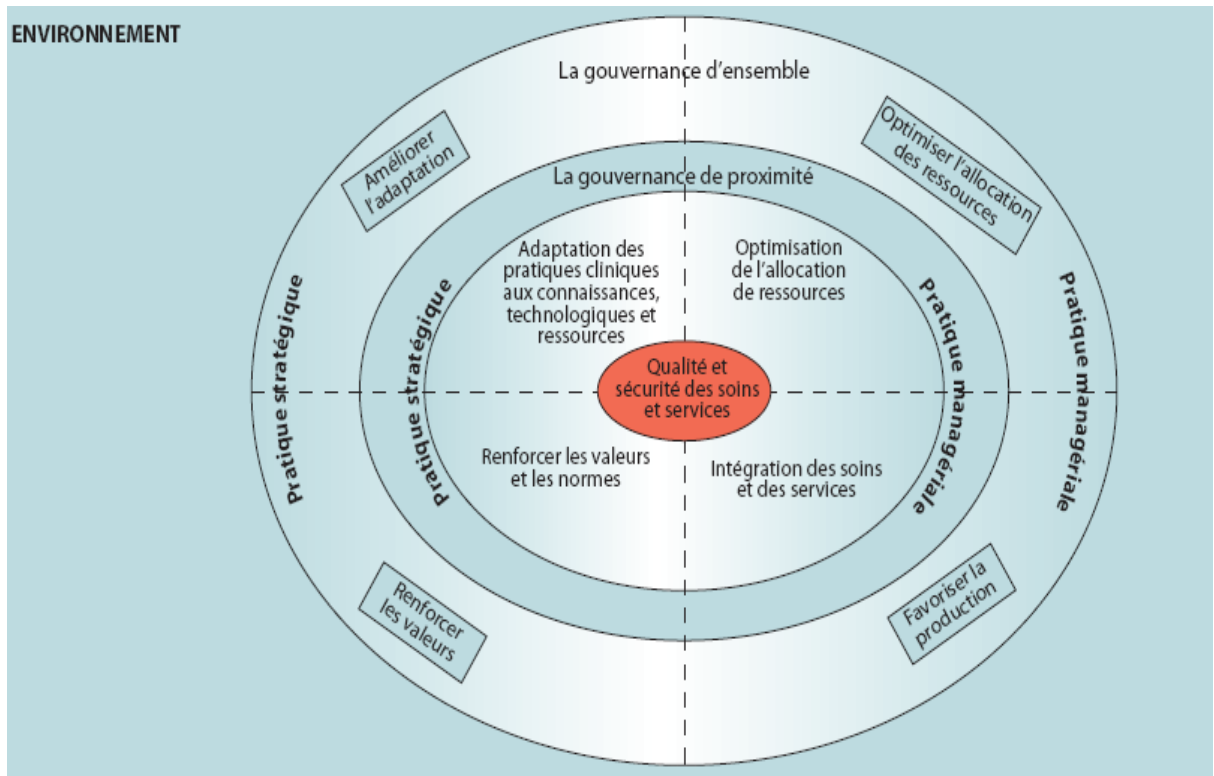
C'est dans les années 1990, lorsque la Grande-Bretagne initie une réforme de son système de santé (National Health Services-NHS) que le terme de « gouvernance clinique » apparaît. C'est un concept mettant en avant deux notions clés : l'efficacité et l'excellence (Brault et al., 2008). C'est une approche intégrée de la qualité dans le secteur de la santé.

La gouvernance clinique consiste, selon Denis et Contandriopoulos (2008), « *à mobiliser un ensemble de leviers (incitations, informations, autorité, déontologie) pour affirmer au concret la nature essentiellement collective de la pratique médicale et clinique et pour assurer la mise à jour des pratiques en fonction des connaissances disponibles* ». Elle permet ainsi d'appréhender les capacités des services de santé à conduire collectivement un changement tel que l'adaptation à un contexte de vulnérabilité représenté ici par la prise en compte de patients migrants. Le contexte d'action dans lequel se situent notamment les pratiques infirmières est déterminé en partie par les structures sociales existantes. La gouvernance clinique traite des processus cliniques contribuant à l'amélioration des services et des soins de santé fournis aux personnes souffrantes et elle gère l'interface avec la sphère organisationnelle.

Les capacités d'adaptation d'un établissement à son contexte dépendent aussi bien des acteurs que de la gouvernance. Pomey et al. (2008) montrent que cette adaptation dépend tout

autant du soutien de la gouvernance d'ensemble à la gouvernance de proximité. Selon ces auteurs, il existe deux niveaux de gouvernance clinique, l'une agit au niveau des opérateurs, elle est plus micro : la gouvernance de proximité. Elle aide à mettre en œuvre les capacités d'apprentissage et d'adaptation nécessaires au changement et à l'évolution des pratiques vers la meilleure dispensation de soins qui soit de qualité, sûrs et équitables. L'autre représente le contexte dans lequel interagissent les différents opérateurs, c'est la gouvernance d'ensemble. Elle interagit directement avec l'Environnement de l'organisation. Elle chapeaute l'ensemble de la sphère clinique, permettant de faire le pont avec la sphère organisationnelle et le milieu extérieur.

Figure 1: Cadre conceptuel de la gouvernance clinique (Pomey, Denis, & Contandriopoulos, 2008).



Le cadre théorique de Pomey et al. (2008) met en lumière la nécessité de positionner les valeurs de l'organisation d'une manière forte et partagée. En effet, « *la construction de valeurs communes, managériales et cliniques, autour du service rendu au patient permet d'établir des bases communes à la prise de décision et à l'action* » (p.189). Mais les valeurs collectives influencent comment l'organisation, ou la société dans son ensemble, perçoit la

vulnérabilité et les personnes vulnérables, c'est-à-dire « *as victims or sinners* » (Mechanic & Tanner, 2007). C'est pourquoi dans un contexte de vulnérabilité, la prise en compte des valeurs et de la culture au sein des organisations est une dimension importante dans l'analyse des capacités d'adaptation des services offerts.

Les organisations fragmentées entre plusieurs sous-cultures ou entre plusieurs valeurs « piliers » vont le plus souvent préférer des formes alternatives de pratiques puisqu'il leur manquera un langage commun face aux processus stratégiques ou cliniques. Ces organisations auront alors de la difficulté à obtenir un consensus et un engagement réel face au changement, si petit soit-il (Jarzabkowski, 2004; Knights & Mc Cabe, 1998). Ce qui peut se traduire par le maintien du *statu quo* au niveau des mécanismes de gouvernance, empêchant la planification de stratégies d'adaptation de services offerts à moyen et long termes aux patientèles ciblées.

Dans un article sur l'engagement organisationnel dans les modèles de pratiques cliniques à l'échelle d'une unité de soins, Arford et Zone-Smith (2005) décrivent les différentes dimensions sur lesquelles cet engagement doit porter : les dimensions structurelles, politiques, de ressources et culturelles. Ces auteures démontrent que l'environnement organisationnel a un poids certain dans la création de modèles de pratiques attractives pour les infirmières. Mais les aspects plus politiques tels que le leadership ou le rôle d'*advocacy* envers le patient sont primordiaux dans l'adaptation des processus cliniques auxquels les infirmières (et les autres professionnels de santé) participent (Breier-Mackie, 2007; Copp, 1986). Les valeurs intrinsèques à la pratique infirmière revêtent en cela une responsabilité sociale qui ne peut être ignorée par la sphère organisationnelle lors de la co-construction de gouvernances clinique et organisationnelle. C'est en effet à travers ce rôle d'*advocacy* que se forme, se développe et se maintient une grande part de l'autonomie et de l'identité professionnelle des infirmières (Blondeau, 1999, p. 168). Dans le cadre conceptuel que nous présentons dans le chapitre 3, nous nous sommes basés entre autre sur le travail d'Arford et Zone-Smith pour ce qui concerne les différents leviers d'action utilisés par les acteurs de la gouvernance d'une organisation de santé (cf. Article 1, p.61).

À travers l'organisation le contexte d'action dans lequel se situent les pratiques cliniques est déterminé en partie par les structures sociales existantes (Brault et al., 2008;

Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001). Ainsi, il y a un jeu à double sens entre l'administratif et le clinique qui détiennent chacun une part d'autorité dans la gouvernance. En se référant non seulement au monde de la clinique et au monde de l'administratif, la gouvernance se veut le lien entre ces deux visions afin d'améliorer la qualité des soins.

La qualité n'est pas un concept spécifique au domaine de la santé, pourtant, il se distingue dans ce domaine par trois dimensions : son objet (la maladie), la nature interactive des réponses mises en œuvre à travers le soin et le cadre professionnel dans lequel il s'inscrit. Contrairement au domaine du commerce et de l'industrie, les réponses au besoin comportent une dose de variabilité ne permettant pas une standardisation taylorienne des modes de production de soins (Setbon, 2000). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité est définie comme « la délivrance à chaque patient d'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, avec le moins d'effets indésirables et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Borgès Da Silva & Borgès Da Silva, 2005; Organisation mondiale de la santé, 1993).

Le but est de fournir des soins de haute qualité au meilleur coût possible, dans une vision globale de la santé en y impliquant une équipe de travail. La responsabilité collective permet d'améliorer l'équité tout en maintenant la pertinence et l'efficacité des soins donnés (souci de production) (Borgès Da Silva & Borgès Da Silva, 2005). La qualité des soins est une préoccupation organisationnelle qui passe par un soutien aux professionnels permettant une meilleure intégration des soins et des services dans l'organisation. La qualité, aussi complexe soit-elle, est à la fois moteur et produit du changement (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997), incluant une mobilisation accrue des groupes d'acteurs en présence, et cela malgré la diversité de point de vue et de manière de faire, qui ne peut qu'en améliorer l'arrimage au sein du management de la qualité et des services de santé (Denis & Champagne, 1990).

Dans cette optique, la structuration de la gouvernance du système de soins devient un enjeu social et politique. On situerait alors la gouvernance au cœur d'un processus permettant des stratégies de changement tant sur le plan fonctionnel, que sur les perceptions des

différents acteurs de la légitimité et de la crédibilité du système (Callon et al., 2001; Hatchuel, 2000b). Les phénomènes migratoires peuvent être envisagés comme un changement social au sein duquel les valeurs, les normes et les règles de références sont appelées à être revisitées tout au long du processus d'adaptation des communautés, des organisations et des individus qui est un processus récursif, sans fin (Faist, 2009).

Plusieurs leviers permettent d'adapter la gouvernance, c'est-à-dire améliorer la capacité des organisations et du système de penser à induire et piloter un changement : l'incitation, l'influence, la réglementation, l'autorité formelle et l'engagement moral (Contandriopoulos et al., 1999). Mais davantage encore, une gouvernance efficace, selon Denis (2002), doit avant tout « *porter sur la cohérence des décisions et des actions prises sur le plan clinique, organisationnel et politique dans l'ensemble du système de soins* ». Selon cet auteur, la gouvernance articule trois perspectives : celle du contrôle c'est le *modèle de la délégation*), celle de la gestion stratégique des relations avec les groupes d'intéressés internes et externes : le *modèle des stakeholders*, et celle du développement de ressources pour le développement de la communauté et des institutions démocratiques, c'est à dire le *modèle du stewardship* (Denis et al., 2005).

Gouvernance administrative

S'arrime à la gouvernance clinique, la gouvernance administrative qui traite quant à elle des processus plus managériaux permettant l'amélioration des services et des soins de santé. En effet, la gouvernance administrative s'occupe essentiellement de la mise en place de moyens, comme les ressources financières par exemple, pour permettre à la sphère clinique de fonctionner au mieux. Aussi, tel qu'écrit par Contandriopoulos (2008b), « *le concept de gouvernance au niveau de l'organisation des soins renvoie à l'idée que, pour éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, il est nécessaire de fonctionner en réseaux, d'introduire des mécanismes de marché internes, de décentraliser les décisions et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité* ». Elle gère ainsi l'interface avec la sphère clinique, en appliquant des règles du jeu plus administratives.

Historiquement, la gouvernance administrative est un concept utilisé en administration publique et en politique, notamment dans les pays européens (Blom,

Radulova, & Arnold, 2008). En effet, plusieurs études et rapports s'appuient sur ces termes pour analyser les mécanismes de gouvernance au niveau national et supranational.

Au sein des organisations de santé, il y a un jeu à double sens entre l'administratif et la clinique qui détiennent chacun une part d'autorité dans la gouvernance. En se référant non seulement au monde de la clinique et au monde de l'administration (management et stratégie), la gouvernance clinique et la gouvernance administrative sont interdépendantes et se veulent le lien entre ces deux visions afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'équité¹² des soins fournis au sein de l'établissement de santé. La sécurité est entendue comme la sécurité des patients tout au long du processus de soins et est définie comme « *la prévention des blessures causées par des erreurs de commission ou d'omission* » (Blais, 2007). Quant au concept d'équité, c'est le choix délibéré de traiter de manière différente des personnes n'ayant pas les mêmes capitaux (sociaux, économiques, génétiques, culturels, etc.) ou les mêmes bagages pour faire face à des situations difficiles (contexte de vulnérabilité) afin de leur permettre d'obtenir les meilleurs résultats de soins possibles (*empowerment*) (Baum, 2007; Braveman & Gruskin, 2003; Smaje & Le Grand, 1997).

Une gouvernance permettant l'adaptation se définirait, selon Lamothe (2007), par une meilleure adéquation des processus organisationnels avec les processus cliniques et cela en favorisant un leadership crédible de la part des professionnels. Selon l'auteure, « *l'adaptation du cadre structurel-administratif émerge également d'un processus d'apprentissage soumis à l'influence combinée des dynamiques interprofessionnelles et interorganisationnelles* » (p. 296). Le changement, à travers la création des réseaux de services, s'opère de manière horizontale, et entraînerait une désaffection des modes bureaucratiques de gestion, c'est-à-dire du contrôle hiérarchique, au profit de modes de coopération plus étroits avec les professionnels, permettant de les impliquer directement dans le processus de changement (Denis et al., 2001). Ce que nous représenterons par la rencontre des deux types de

¹² Ces trois concepts de qualité, sécurité et équité des soins nous apparaissent essentiels et sont la raison d'être de l'amélioration continue des pratiques cliniques et des arrangements organisationnels au sein du système de santé. De plus, dans notre étude une importance particulière sera accordée à la notion d'équité, centrale selon nous lorsque l'on traite de vulnérabilité et d'adaptation des services de santé à ce type de population. Par contre, nous ne mesurerons pas ces concepts directement. Ils seront posés comme des résultats vers lesquels tendre lorsque nous souhaitons adapter des services à l'égard de patientèles vulnérables. Nous apporterons une attention particulière dans la saisie des informations auprès des répondants concernant ces notions et leur opérationnalisation en termes d'attentes, de programmes et de résultats.

gouvernances vues plus haut, la gouvernance clinique et la gouvernance administrative comme étant deux sous-ensembles inter-reliés par deux sphères au sein d'une même organisation. Ce processus considèrerait davantage une vision émergente laissant plus d'espace aux professionnels et à la sphère clinique dans les processus de construction d'actions collectives et de prise de décision, via une intégration horizontale. Se créerait alors une dynamique inter-niveaux au sein d'une gouvernance, comprenant des interactions à la fois horizontales mais aussi verticales.

Cette dynamique inter-niveaux peut être visualisée au sein d'une gouvernance multiniveaux. Cependant, il est nécessaire de déblayer ce concept, qui bien souvent est employé dans les domaines de l'administration publique, notamment pour définir des liens et des interactions intergouvernementaux (Divay & Paquin, 2013). Il existe autour de la gouvernance multiniveaux plusieurs débats, notamment en Europe quant à son origine alors qu'en Amérique du Nord a préfiguré davantage les approches par « relations intergouvernementales ». Cependant les différents protagonistes n'ont pas encore statué sur des définitions claires des différences entre ces deux approches (Divay & Paquin, 2013). L'aspect intéressant de ce concept demeure, selon nous, celui de l'échange entre les différents niveaux, qui sans invalider une relation hiérarchique, suppose en premier lieu que l'on efface « *le caractère subordonné des instances « inférieures »* » (Divay & Paquin, 2013).

Selon Duit et Galaz (2008), la gouvernance multiniveaux est un espace accessible à différentes échelles (organisationnelle, territoriale et sociétale), impliquant des acteurs provenant de différentes structures et interagissant ensemble. Selon Jessop, pour qui la gouvernance est « l'art de la complexité » (p.6), la gouvernance multiniveaux permet de décrire les nouvelles formes d'autorité publique reliées à différentes échelles : locale, nationale et supranationale (Jessop, 2003). Le recours à la gouvernance multiniveaux peut être encouragé par la combinaison entre une autonomie opérationnelle et une interdépendance entre les organisations et les systèmes. Ce recours, envisagé dans un contexte pluraliste, au sein duquel il est impossible de concevoir une quelconque autorité absolue en raison d'un leadership partagé et d'un pouvoir diffus (Denis et al., 2001; Rhodes, 2007), nous amène à penser les organisations de santé en termes d'interactions et de

coévolution entre les acteurs, en dépassant une vision seulement hiérarchique (Tenbenschel, 2005, 2013).

2.3 Modèles organisationnels de première ligne et administration des services infirmiers

À l'origine, la première ligne est responsable du premier contact des patients avec les services de santé, de leur orientation et de leur suivi tout au long de leur cheminement (Lamarche et al., 2008). Cependant, il est observé dans de nombreux pays qu'elle ne constitue pas le premier contact avec des patients avec les services de santé (Thomas Bodenheimer & Pham, 2010; Rosser & Kasperski, 1999).

Par ailleurs, la mise en place de réseaux de santé intégrés est vue comme étant une des premières étapes à franchir afin d'offrir une meilleure offre de service en première ligne et dans le reste du système de santé. C'est pourquoi plusieurs auteurs se sont penchés sur la mise en œuvre de structures et de mécanismes de gestion plus intégrés afin d'en améliorer l'accessibilité et la continuité (Contandriopoulos et al., 2001; Shortell, Gillies, Mitchell, & Morgan, 1993).

Selon Shortell et al. (1993), il existe trois niveaux d'intégration : fonctionnelle, médicale et clinique. L'intégration fonctionnelle fait référence à une organisation cohérente (financement, information, gestion, structure organisationnelle), l'intégration médicale est de nature socio-économique, en fonction du niveau d'implication des médecins. Et l'intégration clinique correspond à l'offre et l'expérience de soins. Cette formulation peut sembler rigide, ne permettant pas d'appréhender toute la complexité de l'organisation du système de santé (Contandriopoulos et al., 2001) telle que la collaboration et le travail en réseau que peut demander l'intégration des services de santé (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999; Denis, Lehoux, Hivon, & Champagne, 2003; Hansen, 1999).

Dans le modèle proposé par Contandriopoulos et al. (2001), l'intégration se décline en cinq dimensions (intégration clinique, intégration des équipes cliniques, intégration fonctionnelle, intégration normative et intégration systémique), qui font appel aux différents

acteurs du réseau et de la société ainsi qu'au facteur temps, élément clé dans l'appréhension, la mise en place et l'évaluation de projet. Les différents acteurs du système répondent à certaines logiques : « *Les professionnels (médecins, infirmières, ...) valorisent la logique professionnelle ; les gestionnaires (payeurs, évaluateurs, fonctionnaires...) fondent leurs décisions sur la logique technocratique, sur la rationalité formelle ; le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins...) affirme la supériorité de la logique marchande ; et, finalement, le monde politique (les élus, les représentants légitimes de groupes constitués...) revendique la primauté de la logique démocratique* » (Contandriopoulos, 2008b, p. 192). Chacune de ces logiques fonctionne dans un espace d'action et de décision qui lui est propre. L'intégration est possible si seulement si ces espaces sont reconnus et acceptés.

La philosophie de l'intégration doit être partagée par l'ensemble des différents paliers du système de santé en se basant sur les relations sociales au sein des organisations plutôt que sur les structures (Robinson & Casalino, 1996). Dans cette optique, le structurel et l'organisationnel sont au service du clinique, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008), toujours dans une perspective de meilleurs accès aux services, de plus grande justice et d'équité sociale (Raphael, 2006; Shi, Forrest, Von Schrader, & Ng, 2003). Les réseaux intégrés de services contribuent au renforcement des services de première ligne dispensés directement dans la communauté (OMS, 2000). Ils se veulent les portes d'entrée du système, jouant le rôle de filtre d'accès aux services spécialisés (T. Bodenheimer, Lo, & Casalino, 1999). D'ailleurs Starfield (1997) a montré qu'ils ont plutôt le rôle de coordonnateur et d'intégrateur des soins donnés autour d'une personne par un ensemble de professionnels de la santé.

La première ligne au Québec

Mable et Marriott (2002) définissent les soins de santé primaire comme « *Les soins [qui] traitent la maladie en tenant compte des « déterminants de la santé plus généraux* ». Ce qui comprend la coordination, l'intégration et l'élargissement des systèmes et des services afin de mieux veiller sur la santé de la population, d'offrir plus de programmes de prophylaxie et de mener plus d'activités de promotion de la santé, sans nécessairement passer par les médecins. « *Les soins de santé primaires encouragent à utiliser au mieux tous les*

intervenants en matière de santé, afin de maximiser les possibilités qu'offrent toutes les ressources du secteur de la santé » (Mable & Marriott, 2002).

Au Québec, la consolidation de la première ligne fait actuellement consensus.

Une étude réalisée à Montréal et en Montérégie a fait ressortir cinq modèles organisationnels de première ligne (J.-F. Levesque et al., 2007; Pineault, Hamel, & Foisy, 2006; Pineault, Hamel, & Lozier-Sergerie, 2008). Quatre d'entre eux sont de type professionnel : à prestataire unique (37%), de contact (14%), de coordination (22%) et de coordination intégrés (15%). Le cinquième est un modèle de type communautaire (12%). Selon Pineault et al. (2008), ces modèles se distinguent les uns des autres selon une approche configurationnelle : par la vision de l'établissement (culture et valeurs) vis-à-vis des services de première ligne, par les ressources dont dispose l'organisation, par la structure organisationnelle pouvant influencer les acteurs dans leurs actions et par les pratiques organisationnelles mises en place (figure 1 p. 42). La différence majeure entre le modèle communautaire et les modèles professionnels est que le communautaire vise à répondre aux besoins de santé d'une population en fournissant de nombreux services, alors que les modèles professionnels proposent des services médicaux privés aux patients qui en font la demande (Lamarche et al., 2003). Dans la première ligne de santé, les modèles les plus performants sont des modèles avec des mécanismes d'intégration se trouvant à différents niveaux (gouvernance, réseaux et clinique) (Lamarche et al., 2003).

Tableau 1 : Les cinq modèles d'organisation de première ligne au Québec selon Pineault et al. (2008)

DIMENSIONS		MODÈLES PROFESSIONNELS				MODÈLE COMMUNAUTAIRE 12 %
		à prestataire unique 37 %	de contact 14 %	de coordination 22 %	de coordination intégré 15 %	
Vision	Responsabilisation	Clientèle	Individus qui se présentent	Clientèle	Clientèle - Population	Population-Clientèle
Structure	Gouverne	Privée - Professionnelle				Publique
	Intégration int. – ext.	Faible-faible	Moyen - faible	Moyen - faible	Élevé-élevé	Élevé - moyen
Ressources	Quantité et variété	Peu	Moyen	Moyen	Beaucoup	Beaucoup
Pratiques	Rendez-vous – Walk-in	Sur r.-v. majoritairement	Sans r.-v. majoritairement	Sur r.-v. majoritairement	Mixte	Mixte
	Étendue des services	Restreinte	Restreinte	Moyenne	Grande	Grande

Dans le même type d'étude, l'équipe de recherche s'est intéressée davantage aux besoins non comblés (BNC). Ils ont montré que les personnes qui déclaraient le plus de besoins non comblés en matière d'accessibilité à la première ligne, que ce soit en Montérégie ou à Montréal, présentaient plusieurs caractéristiques : jeunes adultes, migrants récents, personnes dont le niveau de scolarité était plutôt élevé (tels que des travailleurs et étudiants), ainsi que des personnes ayant déclarées avoir une santé moins bonne (Jean-Frédéric Levesque et al., 2007).

Les modèles communautaires (CLSC) et les modèles de coordination intégrée (GMF) sont les modèles avec une vision élargie de leur clientèle respective, rattachée au concept de responsabilité populationnelle. Ce sont aussi les modèles, autres que l'hôpital (urgences), auxquels les personnes migrantes se réfèrent le plus en cas de besoin (notamment vers les sans rendez-vous) (Battaglini et al., 2007). Ce sont aussi les modèles au sein desquels nous retrouvons le plus d'infirmières. Cependant, le rôle attribué à cette profession peut varier considérablement en termes d'autonomie, de responsabilité et de leadership selon le cas et le lieu (rôle élargi ou non, Montréal versus Montérégie) (Pineault et al., 2008).

Étant donné la présence de plus en plus importante de personnes migrantes au sein des services de santé, les capacités d'adaptation de l'organisation des services infirmiers à la prise en charge de cette patientèle restent à être mieux définies et clarifiées dans une perspective interdisciplinaire et collaborative. En effet, **la prise en charge** est un processus complexe faisant appel à la notion de trajectoire. Cette trajectoire est à la fois diverse, variable et intense (Minvielle, 2000). Ces trois attributs du processus de prise en charge mettent en exergue trois besoins requis par la gestion de ce processus : la standardisation, la coordination et l'adaptation. Il peut à priori paraître paradoxal de parler de standardisation adaptée à chaque cas de prise en charge. Cependant, en intégrant le caractère humain, singulier et incertain au concept de standardisation, il est alors possible de considérer la trajectoire de ce processus, en y intégrant le patient comme acteur de sa propre prise en charge. La maîtrise de cette trajectoire, dont les buts sont la qualité et la sécurité des soins, se définit autant de fois qu'il y a de prises en charge différentes (multiplicité) (Minvielle, 2000).

Les études sur la discrimination vécue par les populations vulnérables, notamment les nouveaux arrivants, ou bien perçue par le personnel de santé, font état de différences en termes de qualité, d'efficacité et d'équité dans les soins donnés d'une part, mais aussi dans les leviers organisationnels et structureux permettant de mettre l'emphase sur la spécificité de telle ou telle population, ou de tel ou tel individu sur le plan clinique (Allotey, 2007; Auger et al., 2007; Bhopal, 2007; Bischoff et al., 2003; Gagnon, 2002; Kairys et al., 2002).

Des études portant sur le recours à l'interprétariat dans la pratique infirmière hospitalière notamment montrent que les soins obtenus par les personnes allophones sont de moins bonne qualité que ceux obtenus par les autres patients lorsque vient à manquer les ressources nécessaires ou bien les moyens d'y avoir recours (Leanza, Miklavcic, Boivin, & Rosenberg, 2014; Ouimet, Trempe, Visandjee, & Hemlin, 2013).

En termes de compétences linguistiques et culturelles, Quickfall (2004) propose un modèle de compétence culturelle pour les services infirmiers de première ligne, spécifique à la prise en charge des patients migrants, notamment les demandeurs d'asile et les réfugiés en Écosse (Figure 3). L'auteure étudie les capacités organisationnelles en plus des capacités d'agir des infirmières permettant de prendre en considération les besoins de santé spécifiques

de groupes ethniques minoritaires et vulnérables. Elle montre, à travers la littérature, que si l'équité d'accès aux soins sur la base des besoins est un pilier fondateur du *National Health Services* (NHS), les inégalités continuent de s'accroître notamment pour les populations réfugiées et les demandeurs d'asile. En fait, plus la diversité culturelle s'accroît, plus les capacités d'adaptation des professionnels et de l'organisation deviennent nécessaires et prioritaires. L'organisation, selon l'auteure, a besoin d'examiner de façon critique dans quelles mesures les politiques, les procédures et les pratiques peuvent désavantager certaines parties de la population.

L'ajout majeur de ce modèle est qu'il intègre un palier « institutionnel » en regard des besoins pour lutter contre le racisme et les discriminations au sein du NHS et un palier « Accès aux services » prenant en compte le concept d'équité. Ces deux paliers explicitent les aspects positifs d'une adaptation des pratiques cliniques et organisationnelles à travers le processus de prise en charge de populations vulnérables. L'auteure a réalisé une revue de littérature exhaustive de l'ensemble des études ayant porté sur la compétence culturelle dans les pays de l'OCDE, dont elle a fait ressortir les principaux thèmes, dont les catégories, *accès aux services* et *regard institutionnel*.

Que ce soit au niveau de la gouvernance ou de la pratique, il existe diverses barrières organisationnelles et structurelles ne permettant pas de fournir la meilleure qualité de soins aux personnes migrantes, d'autant plus lorsque la distance culturelle est grande entre les acteurs des organisations de santé et ce type de patientèle.

Selon Betancourt (2007; 2005), la compétence culturelle se réalise sur trois niveaux : organisationnel, structurel et clinique.

Au niveau organisationnel, la promotion de la diversité lors du recrutement du personnel est un exemple du développement organisationnel de la compétence culturelle. Aux É.-U., en 2003, moins de 2% des personnes ayant un rôle de leader dans l'organisation des soins de santé étaient non blancs. La sous-représentation des minorités ethniques au sein des facultés de médecine, de sciences infirmières ou de santé publique entraîne une compréhension limitée des besoins de la communauté et contribue à creuser le fossé des inégalités et de l'iniquité face à l'accessibilité aux services de santé pour les populations les plus vulnérables. Il a été montré que les pratiques cliniques sont plus ouvertes à la prise en

charge de nouveaux arrivants, quel que soit leur statut légal lorsque les professionnels sont issus de l'immigration. En Californie, Komaromy et al. (1996) a montré qu'environ 45% des médecins afro-américains et 24 % des médecins hispaniques traitent des patients ayant la Medicaid comme unique assurance. Parmi les médecins blancs, ce taux est d'à peine 18%. Malgré le manque de donnée comparable pour le Québec, l'inquiétude des médecins et du personnel administratif existe face aux délais de paiement encouru lors de la prise en charge de patients bénéficiant du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Munoz & Chirgwin, 2007). Les nouveaux arrivants tels que les réfugiés et les demandeurs d'asile ont ce type d'assurance, mais cela ne leur garantit pas une prise en charge médicale soutenue et continue du fait de la vision négative de ce type de couverture auprès des organisations de santé (Munoz & Chirgwin, 2007; Rousseau et al., 2008). De plus, récemment (mars 2012), le gouvernement fédéral canadien, qui est responsable de ce programme, a coupé drastiquement dans les budgets de ces derniers, ce qui laisse craindre une baisse de la couverture des personnes arrivant au Canada en tant que réfugiés publics et demandeurs d'asile. Ce « pont sanitaire » de base se voit à l'heure actuelle très lourdement amputé au détriment de la prise en charge de personnes dont les besoins psychos-socio sanitaires sont avérés dans la majorité des cas ¹³.

Au niveau structurel, le manque d'interprètes, la lourdeur des processus bureaucratiques, ainsi que les problèmes dans la continuité des soins particulièrement dans le recours à des spécialistes, sont des facteurs aggravants l'iniquité d'accès aux soins de santé des nouveaux arrivants (Leanza et al., 2014). Les interventions à ce niveau devraient permettre de développer des indicateurs de qualité pour les populations immigrantes, dont les nouveaux arrivants ainsi que l'amélioration des processus de référencement d'un médecin à un autre. Enfin, s'assurer que du matériel linguistiquement et culturellement approprié soit disponible en promotion de la santé et en prévention des maladies.

Au niveau clinique, les interventions gagnantes passent par la formation des professionnels, grâce à des outils, des savoirs faire pertinents ainsi qu'un partenariat entre les

¹³ Voir le site du regroupement de médecins canadiens contre les coupures budgétaires dans le programme fédéral de santé intérimaire : <http://www.doctorsforrefugeecare.ca/>

différents intervenants, les patients et leur famille, permettant de fournir des soins de qualité aux nouveaux arrivants et personnes migrantes tout en s'attaquant directement aux disparités de santé existantes parmi la population (Leanza et al., 2014).

Chapitre 3 : Modèle Théorique

*« C'est la plus radicale manière d'anéantir tout discours
que d'isoler chaque chose de tout le reste : car c'est par
la mutuelle combinaison des formes que le discours né »*
Platon

Dans ce chapitre, nous présentons l'article 1 de cette thèse, employé au développement du cadre conceptuel qui a servi tout au long de notre recherche.

À partir du cadre développé sont nées six propositions de recherches. Ce sont les six propositions à partir desquelles les analyses ont été développées. Chacune des propositions se retrouve dans le chapitre 5, dédié aux résultats. Les trois premières sont couvertes dans l'article 2 (objectif 1 de la thèse), la quatrième est traitée dans l'article 3 (objectif 2 de la thèse) et c'est dans l'article 4 que sont traitées les deux dernières (objectif 3 de la thèse).

3.1 Prise en charge de populations migrantes en santé : développement d'un cadre de gouvernance multiniveaux adaptative dans les organisations de santé (Article 1)

L'article 1, qui représente l'article théorique de ma thèse, a été soumis au journal Emergence : Complexity and Organization (E :CO), sous le titre :

“At the heart of adapting healthcare organizations: Developing a multilevel governance framework”

Il a été accepté avec corrections mineures et est actuellement en seconde révision.

Auteurs :

Lara Maillet, Paul Lamarche, Bernard Roy & Marc Lemire

Résumé

Comment s'adaptent des organisations lorsqu'elles font face à des changements qui les dépassent? De cette question a émergé une recherche voulant comprendre comment et pourquoi des organisations publiques de santé décident d'adapter (ou non) leurs services aux besoins et aux caractéristiques des populations migrantes accueillies sur leur territoire et dont elles sont responsables. Si la dynamique du processus migratoire est de mieux en mieux documentée, les capacités organisationnelles d'adaptation le sont beaucoup moins. Un modèle conceptuel d'une gouvernance multiniveaux capable de réconcilier deux mécanismes d'adaptation paradoxaux est proposé : **(1)** d'une part, les multiples acteurs autonomes sont capables d'auto-organisation et agissent de manière hétérogène, en fonction de leurs intérêts propres); **(2)** d'autre part, la gouvernance permet, au moyen de leviers d'action, de faire converger ces actions hétérogènes en fonction des intérêts collectifs vers un processus collectif, plus homogène et partageant une vision commune. Pour développer ce cadre, nous nous appuyons sur la littérature traitant des théories de la complexité et de la gouvernance. Trois angles d'analyse ont été choisis. Ils permettent de développer, à travers les sphères clinique et administrative de l'organisation, une vision intégrée de la gouvernance facilitant d'une part la décision de s'adapter à la prise en charge de populations migrantes et d'autre part, des *interactions novatrices* et la coévolution avec des acteurs de l'Environnement.

Mot-clés

Governance, Adaptation, Healthcare Organization, Complexity Theory, Migration

3.1.1 Introduction

Né d'une préoccupation quant à l'arrimage entre les politiques de santé et les politiques d'immigration au sein des organisations de santé, le but de notre recherche est de comprendre comment et pourquoi les organisations de santé décident d'adapter (ou non) leurs services aux besoins et caractéristiques des populations migrantes dont elles sont responsables. En effet, la dynamique du processus migratoire est de mieux en mieux documentée, mais le processus décisionnel des organisations quant au comment et pourquoi elles s'adaptent l'est beaucoup moins (Green-Hernandez, Quinn, Denman-Vitale, Falkenstern, & Judge-Ellis, 2004; Rosenheck, 2001). C'est à ce défi d'adaptation organisationnelle que nous souhaitons répondre.

Pour cela, nous empruntons trois angles d'analyse : **(1)** les interactions entre les acteurs au sein d'une organisation de santé conçue comme un système adaptatif complexe, notamment entre les différents niveaux de gouvernance de l'organisation, **(2)** les leviers d'actions mis en place par les multiples acteurs en jeu, et **(3)** les différents facteurs qui les influencent.

Dans cet article, nous proposons un modèle conceptuel d'une gouvernance multiniveaux capable de réconcilier deux mécanismes d'adaptation paradoxaux : (1) d'une part, les multiples acteurs autonomes sont capables d'auto-organisation et agissent de manière hétérogène; (2) d'autre part, la gouvernance permet, au moyen de leviers d'action, de faire converger ces actions hétérogènes vers un processus collectif, plus homogène et partageant une vision commune. Pour développer ce cadre, nous nous appuyons sur les théories de la complexité et de la gouvernance.

Pourquoi l'adaptation des services à l'égard de populations migrantes spécialement lorsqu'elles sont nouvellement arrivées?

Dans la plupart des pays industrialisés, les populations migrantes vivent une détérioration de leur état de santé suite au temps passé dans le pays d'accueil, en dépit d'un meilleur statut de santé à leur arrivée que les non-migrants et d'un accès au système de santé universel lorsqu'il y a lieu (De Maio & Kemp, 2009). Si les migrants sont identifiés comme

vulnérables en terme de santé, il existe des différences dans le degré de vulnérabilité auquel ils se rattachent (Derose et al., 2007). Dans cet article, nous adhérons à la définition de *populations vulnérables* de Frohlich et Potvin : “*a vulnerable population is a subgroup or subpopulation who, because of shared social characteristics, is a higher risk of risk*” (Frohlich & Potvin, 2008). Le cas des personnes migrantes, bien que toutes ne soient pas vulnérables, est particulièrement intéressant. Plusieurs d’entre elles partagent de nombreuses caractéristiques sociales « à risque » dû à leur trajectoire migratoire. Par exemple, l’instabilité socio-économique, la séparation familiale et l’isolement, les tabous entourant la santé mentale et la dépression, les barrières de langage, ainsi que les pathologies spécifiques à leur région d’origine sont tous des facteurs de vulnérabilité vécus par différents groupes de personnes migrantes (Mizskurka et al., 2010; Munoz & Chirgwin, 2007). Ces groupes de personnes migrantes partagent aussi l’expérience migratoire, et notamment la trajectoire postmigratoire, c’est-à-dire l’arrivée dans le pays d’accueil et l’adaptation à une nouvelle vie (Gagnon, 2002).

Dans cette étude, le terme de *personnes migrantes* renvoie à toute personne qui est née hors du pays d’accueil quel que soit sa trajectoire migratoire (socio sanitaire, économique, précarité du statut migratoire, etc.). Cela peut inclure les personnes réfugiées, en attente de statut, les sans-papiers, les demandeurs d’asile, les immigrants économiques et de regroupement familial. Le terme de *nouveaux arrivants* renvoie, quant à lui, à toutes personnes établies dans le pays d’accueil depuis moins de 5 ans. Afin de rendre compte de la vulnérabilité de ce type de population, nous y incluons les personnes réfugiées, en attente de statut, les sans-papiers et les demandeurs d’asile puisque reconnues comme plus à risque de rencontrer des difficultés dans leur trajectoire migratoire, notamment en termes de santé (Beiser, 2005; Derose et al., 2007).

À l’instar de Brabant (2008), nous préférons le terme « migrant » à « immigrant » qui reflètera davantage les caractéristiques dynamiques de la migration (immigrant et émigrant), ainsi que l’inclusion des personnes n’ayant pas le statut légal « d’immigrants reçus ».

Du point de vue des systèmes de santé, des réformes ont eu cours. Parallèlement, l’augmentation constante de l’immigration notamment vers la périphérie des grands centres urbains a laissé les professionnels de la santé, les gestionnaires et les administrateurs face à

des enjeux importants d'adéquation des services avec les besoins de ces nouveaux groupes de population (Battaglini et al., 2007). Les connaissances et les ressources pouvant aider à relever ce défi n'ont pas non plus suivi (Fortin & Le Gall, 2007). Par manque d'anticipation organisationnelle de ce défi, les professionnels doivent intervenir à titre « d'experts » dans des situations traitées au cas par cas. C'est alors l'auto-organisation de chacun des acteurs, c'est-à-dire leur capacité d'adaptation individuelle, qui est mise en cause. Le plus souvent, les organisations de santé travaillent de concert avec les partenaires de la communauté, qui ont développé une expérience auprès de ces populations. La nécessité d'adapter les pratiques cliniques et organisationnelles est un défi pour chacun des acteurs impliqués (patients, professionnels, communauté, organismes communautaires, administrateurs, gestionnaires, etc.) (Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2006).

Cet article a pour but d'illustrer à travers les théories de la complexité et de la gouvernance l'enjeu de l'adaptation des services et des organisations de santé auprès des personnes migrantes.

Il se découpe en trois parties. Premièrement, nous présentons la perspective d'une organisation de santé comme un système adaptatif complexe (au sein duquel de multiples acteurs hétérogènes et auto-organisées sont en interaction.

Deuxièmement, nous examinons la nature de la gouvernance dans les organisations de santé complexe, permettant de dégager une vision plus homogène du processus d'adaptation.

Troisièmement, nous proposons un modèle de gouvernance multiniveaux permettant de réconcilier l'autonomie des acteurs et leurs adaptations hétérogènes et homogènes, avec une vision plus cohérente et convergente du processus d'adaptation. Des leviers d'action et des mécanismes de gouvernance pouvant s'appliquer à un système adaptatif complexe sont définis. Plusieurs facteurs peuvent influencer les organisations dans leurs décisions de s'adapter ou non, qu'ils soient culturels, organisationnels, cliniques ou contextuels. Nous en discutons quelques-uns dans une dernière partie.

3.1.2 Perspective d'une organisation de santé en un système adaptatif complexe

Il existe de nombreuses définitions d'un système adaptatif complexe (Ford, 2010; Gleick 1988; Holland, 1995; P. E. Plsek & Greenhalgh, 2001). Il peut être retenu que les organisations sont des parties du système, étant composées elles-mêmes d'une multitude d'acteurs interdépendants, agissant selon leurs propres intérêts (P. Anderson, 1999). Les organisations sont d'ailleurs le lieu de nombreux jeux de pouvoirs et de rapports de forces. Dans une perspective de complexité, ces tensions et ces conflits peuvent servir de terreau fertile à des réconciliations ou des accords tangibles entre les différents acteurs, dépendamment du degré de connectivité qui existe entre eux (Crozier & Friedberg, 1981; Stacey, 1995). La *connectivité* est entendue comme le lien pouvant exister ou non, de manière temporelle, entre les acteurs d'une organisation et avec ceux de l'Environnement (Stacey, 1995). Le nombre d'interactions et de connexions entre les acteurs est plus important que la force ou la faiblesse des liens eux-mêmes : plus il y a de liens, plus ils sont diversifiés, de manière aléatoire, entre liens forts et liens faibles (Stacey, 1995:489). Dans les termes des théories de la complexité et, nous pouvons rapprocher cette vision du concept d'organisation « fractale » ou « autosimilaire » : chaque partie de l'organisation agit de manière différente mais similaire à l'ensemble de l'organisation. Ces comportements, se répètent à tous les niveaux de la même manière que les comportements de l'organisation entière (Gleick 1988; Mandelbrot, 1977, 1990). En plus des liens pouvant unir certains acteurs au sein d'une organisation complexe, le caractère fractal permet de décupler les échanges, les liens et les actions dans un espace restreint (Le Moigne, 1994; B. Zimmerman & Hurst, 1993).

D'après Begun, Zimmerman et Dooley (2003), les organisations de santé sont donc un cas idéal d'application des théories de la complexité, et plus spécifiquement des systèmes adaptatifs complexes. Les acteurs impliqués dans – et autour de – l'organisation sont multiples : patients, professionnels de la santé, employés, gestionnaires, administrateurs et représentants des communautés (organismes communautaires), etc. De plus, les organisations de santé sont entendues comme dynamiques et changeantes de manière assez continue, à

travers notamment les avancées technologiques et médicales, démographiques, socio-économiques et politiques.

Dans cette section, nous définirons trois processus du système adaptatif complexe : l'auto-organisation, l'auto-éco-organisation et la coévolution. Nous nous y référons pour développer notre cadre conceptuel.

AUTO-ORGANISATION

L'auto-organisation est la capacité d'autonomie des acteurs leur permettant de s'adapter. Elle est au cœur d'une organisation de santé puisqu'une organisation formée de professionnels est basée sur l'autonomie et l'interdépendance de chacun de ses membres. Le mécanisme d'auto-organisation met en exergue les capacités des acteurs à être créatifs et innovants. Ce sont des acteurs qui agissent et qui apprennent (*diverse agents that learn*) (McDaniel et al., 2009).

L'auto-organisation est l'ajustement d'un individu par rapport aux interactions qu'il entretient avec les autres acteurs d'une organisation. Ces actions sont possibles entre autres grâce au *schemata* qui est « une structure cognitive déterminant quelle action les acteurs font au temps *t*, étant donné la perception de leur Environnement » (*traduction libre*) (Anderson, 1999:219), à l'intérêt personnel de l'acteur et de ses connexions avec le contexte local (Anderson, 1999).

Les rétroactions positives et négatives permettent aussi l'auto-organisation (Anderson, 1999; Hassey, 2002). Les *rétroactions positives* permettent aux acteurs de continuer dans le sens de l'action entreprise. Cela peut aller vers de nouvelles pratiques adaptées dans le but de répondre à de nouvelles demandes. Cependant, les rétroactions positives proviennent de changements inattendus dus à certaines interactions (Rickles et al., 2007). Les *rétroactions négatives* quant à elles consistent en un retour aux conditions initiales où les effets de l'adaptation et du changement sont estompés.

L'auto-organisation, selon nous, implique l'acteur de manière individuelle. Cela peut être une personne (une infirmière, un médecin ou un directeur) ou un groupe d'individus (service clinique ou administratif). Les auto-organisations dépendent de chacun des acteurs

au sein d'une organisation, ce qui signifie que les comportements possibles sont très hétérogènes. L'auto-organisation semble être souvent improvisée et spontanée (Hayek, 1948), et non dictée par des voies hiérarchiques. Les acteurs, prenant l'habitude de travailler ensemble, peuvent adopter une vision d'ensemble partagée, leur permettant de partager aussi leurs différents savoir-faire, expériences et expertises. Par exemple, au niveau d'un service de soins généraux, les professionnels de la santé adaptent leurs pratiques au cas par cas, d'autant plus lorsqu'ils rencontrent une personne migrante. Mais à long terme, le processus d'adaptation s'arrête au niveau de ce service, et ne s'étend pas au reste de l'organisation. Si le processus dépend seulement des capacités individuelles (auto-organisation) des professionnels, l'organisation de santé ne capitalise pas collectivement sur les expériences du terrain. Des rétroactions positives peuvent se manifester au niveau individuel et de manière hétérogène, mais au niveau collectif (organisation), le manque de soutien organisationnel entraînera davantage de rétroactions positives comme négatives, n'impliquant ni l'apprentissage organisationnel, ni la sédimentation des connaissances et des expériences de l'organisation de santé (Fassin, 1996).

Inversement, une organisation de santé ouverte et apprenante, qui soutient les innovations du personnel et des professionnels, peut plus facilement capitaliser sur tel ou tel processus d'adaptation arrivant dans un service ou un autre et promouvoir ce processus à travers l'organisation. L'effet recherché est celui d'une boule de neige, dans laquelle se complète l'ensemble des essais-erreurs-réussites tout en restant en lien avec le contexte et la spécificité de chaque cas. Le principe de la rétroaction positive s'applique davantage ici, puisque le changement apporté au temps t_1 continue sa lancée vers t_2 , t_2^{bis} , t_2^{ter} , etc. sans retourner vers t_0 . Les comportements émergents de ces boucles de rétroactions positives sont le plus souvent inattendus, et vont même parfois à l'encontre des résultats escomptés (Ricklees et al., 2007; Stacey, 1995; Sweeney & Griffiths, 2002).

AUTO-ÉCO-ORGANISATION

L'auto-éco-organisation, en continuité avec l'auto-organisation, est la capacité de chaque acteur à s'adapter en interaction avec les acteurs de l'Environnement. Lorsque le processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes est considéré comme un enjeu

important par l'organisation (les sphères cliniques et administratives), les acteurs internes et externes sont incités à travailler ensemble. Ils s'auto-éco-organisent : leur autonomie de pratique et de gestion est canalisée, et ils génèrent davantage d'interactions et d'interdépendances au sein de l'organisation et de l'Environnement. L'Environnement se définit comme l'ensemble des acteurs gravitant autour des organisations de santé. Cela peut être des organismes communautaires, des ministères, la communauté, etc. L'Environnement peut être local ou plus global. En interagissant avec son Environnement local et global, l'organisation se façonne en le prenant en compte et en apprenant de lui (c'est-à-dire son contexte d'action impliquant les représentants de la communauté, les municipalités et tous les acteurs externes à l'organisation de santé) (Morin, 2005 (1990)). Tendre vers une meilleure intégration des services nécessite que l'autonomie de chacune des entités impliquées soit recentrée afin de permettre aux interactions de se créer, de se pérenniser et d'évoluer. Les chasses gardées de certains groupes sont reconfigurées, voire éclatées dans un souci d'homogénéiser les structures d'actions et de prises de décisions, et permettre de donner des soins intégrés et centrés sur la trajectoire du patient. Selon notre lecture des systèmes adaptatifs complexes, l'auto-éco-organisation est la pierre angulaire de l'intégration, d'où émergent des « *manipulations d'interdépendances* » entre les différents acteurs d'un système (Levinthal & Warglien, 1999). Il en résulte une certaine cohérence entre l'organisation et l'Environnement. À l'instar de Nonaka (1994), la formation d'équipes auto-éco-organisées (« *self-organizing teams* »¹⁴) facilite le lien de confiance parmi les acteurs, et accélère ainsi le partage de connaissances et d'expériences en ce qui a trait à l'adaptation des services.

COÉVOLUTION

Cependant, il n'est pas suffisant de regarder le processus d'adaptation uniquement d'un sens : l'organisation s'adapte à son Environnement. C'est une relation duale (Stroebe et al., 2005). La coévolution est l'agrégat des auto-éco-organisations de l'organisation de santé

¹⁴ Nonaka, dans son texte *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*, ne parle pas d'auto-éco-organisation mais d'équipes auto-organisées (self-organizing team). Cependant, il définit clairement que ce type d'équipe de travail ne peut se restreindre aux frontières d'une organisation, mais plutôt interagir avec l'environnement (p.23). Ce qui, dans les termes de Morin, évoque l'auto-éco-organisation. C'est une distinction, entre auto-éco-organisation et auto-organisation, qui est très rarement faite dans la littérature anglophone.

et de l'Environnement : c'est le point d'échange entre l'interne et l'externe. La coévolution réfère directement à la relation interdépendante entre l'organisation et son Environnement : c'est un réseau au sein duquel l'ensemble des adaptations hétérogènes peut converger ou diverger. Les différents acteurs, liés et agissant les uns par rapport aux autres, partagent une vision et le sens de leurs actions chemine vers un même but : adapter des services à un sous-groupe présentant des spécificités propres.

La réponse de l'Environnement à un « stimuli » de l'organisation peut altérer à la fois l'organisation et l'Environnement (Holland, 1995). L'organisation agit et réagit de manière coopérative ou de manière compétitive avec les acteurs de l'Environnement. À leur tour, les acteurs de l'Environnement (qui ont aussi d'autres types d'auto-éco-organisation) sont influencés et influencent ceux de l'organisation (Palmborg, 2009). C'est une adaptation mutuelle. Le processus de coévolution entre l'organisation et l'Environnement peut permettre de développer par exemple certaines formes de leadership partagé (Denis et al., 2001). S'ajoute à cela toute la complexité de ce type de liens et d'interactions, pouvant entraîner de nombreuses tensions dues souvent à des rapports de pouvoirs déséquilibrés entre les multiples acteurs (Boisot & Mckelvey, 2010). L'organisation et l'Environnement se façonnent mutuellement grâce à des jeux de pouvoir et des manipulations quant à la diversité des interdépendances qu'ils développent ou non (Levinthal & Warglien, 1999). La coévolution permet entre autres l'émergence d'interactions novatrices (*generative relationship*) sensées rendre une organisation et son Environnement adéquats par rapport à leurs intérêts respectifs et à un intérêt commun (B. Zimmerman & Hayday, 2003)

Pour résumer, **l'auto-organisation** se situe au niveau de l'organisation, composée de multiples acteurs hétérogènes et autant de *schemata*. Elle est organo-centrée, influencée par des facteurs internes. Au niveau de **l'auto-éco-organisation**, l'Environnement prend de l'importance et devient un facteur d'influence sur l'organisation, c'est un facteur externe à l'organisation. Est rendu alors possible l'agrégat de multiples actions hétérogènes pouvant aller dans un même sens, c'est ce que l'on appelle le *schemata* collectif. La **coévolution** est le processus par lequel l'organisation et l'Environnement sont des acteurs qui s'influencent. Ce processus peut mener à une coadaptation. Se poursuit alors un jeu de

manipulation des interdépendances entre les différents acteurs de l'organisation de santé et de l'Environnement.

Reste à savoir quels sont les principaux leviers d'action qui peuvent aider à ce que le processus d'adaptation devienne collectif et se construise de manière plus cohérente.

3.1.3 Nature de la gouvernance dans les organisations de santé

Pour appréhender le processus d'adaptation, les organisations de santé ont construit différentes manières de collaborer, connaître et transférer leur expertise. Ces manières de procéder proviennent de l'Environnement ou d'elles-mêmes, et elles peuvent être différentes selon que l'on se trouve dans la sphère clinique ou administrative. C'est ce que nous allons développer dans cette section.

3.2.3.1. L'adaptation dans une organisation de santé complexe

L'adaptation est une caractéristique essentielle d'un système complexe pouvant agir et réagir aux changements de l'Environnement tels des réponses à des *stimuli* (Holland, 1995). Cette caractéristique se situe au niveau des actions individuelles et collectives des acteurs du système, chacun situé dans une sphère, par rapport à leur propre champ d'action, à celui des autres et à l'Environnement. Afin de pallier aux tensions, notamment vis-à-vis de l'inconnu, de la diversité ou du changement quel qu'il soit, la propriété *adaptive* du système est primordiale (Miller & Page, 2007; Palmberg, 2009; P. E. Plsek & Greenhalgh, 2001).

Selon Moore et Kraatz, l'adaptation est un phénomène paradoxal qui requiert : “*novelty, variation, risk taking and a diversity of perspective*” mais aussi “*constancy, homogeneity, shared identity and common purpose*” (Moore & Kraatz, 2010:16). Miller et Sage font une distinction intéressante entre deux formes d'adaptation : hétérogène et homogène (Miller & Page, 2007:102). Selon les niveaux d'adaptation requis, allant de hétérogènes à de plus en plus homogènes, les comportements des acteurs, et du système dans

son ensemble, sont influencés par des règles de fonctionnement dépendantes du contexte et des intérêts finaux en jeu (Holland, 1995).

L'adaptation hétérogène est l'adaptation d'un acteur orientée par ses propres intérêts et la satisfaction de ses besoins sans forcément prendre en considération l'adaptation des autres acteurs. Il y a autant d'adaptations qu'il y a d'acteurs. Dans un contexte où la prévisibilité est importante, l'autonomie de l'acteur et ses adaptations hétérogènes le sont aussi (Miller & Page, 2007).

Mais dans le cas d'adaptations à de nouveaux défis, qui impliquent plus d'un acteur, et ceci à travers plusieurs champs et sphères d'une organisation, les adaptations hétérogènes peuvent être des barrières à la cohérence des actions. L'interdépendance entre les acteurs dans ce cas est encouragée.

L'adaptation homogène est l'adaptation de plusieurs acteurs orientés par leur propres intérêts et la satisfaction de leurs besoins tout en prenant en considération l'adaptation des autres acteurs avec qui ils interagissent, et dont ils sont interdépendants. L'adaptation homogène permet une cohérence collective tout en n'impliquant pas que tous les employés et les professionnels de la santé fassent les mêmes choses dès qu'un patient migrant se présente devant eux : il n'y a pas de « recette magique ». Les différents acteurs ont besoin d'autonomie et de diversité dans leur pratique, afin de s'auto-organiser. Mais dans un souci de collaboration, l'auto-éco-organisation et la coévolution demandent, à leur tour, que l'autonomie individuelle soit canalisée afin de favoriser l'interdépendance entre les multiples acteurs (Levinthal & Warglien, 1999).

Au niveau des organisations de santé, si la priorité est donnée à l'adaptation des services, les acteurs et leurs interventions devront aller dans la même direction, créant ainsi une sorte d'organisation « *Amis des migrants* » (OMS-Europe, 2004). C'est pour cette raison que le terme d'adaptation homogène est utilisé : non pour réduire l'autonomie et la liberté individuelle, mais pour permettre une cohérence collective et l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux personnes migrantes. C'est pourquoi l'interaction et l'interdépendance des acteurs sont fondamentales dans ce processus, permettant d'importantes opportunités d'adaptation des services auprès des personnes migrantes, vulnérables à bien des égards.

3.2.3.2. Gouvernance d'une organisation de santé complexe

En intégrant les concepts élaborés précédemment, la gouvernance devient un espace de l'auto-éco-organisation, favorisant l'adaptation homogène. Elle permet l'élaboration de politiques internes grâce à la collaboration de multiples acteurs. Une gouvernance qui permet une homogénéisation en plusieurs niveaux, consiste à poursuivre un objectif de maintien d'une cohérence collective entre les acteurs internes et les acteurs de l'Environnement (coévolution), une vision partagée (*schemata*), et par conséquent une structure dynamique et émergente de l'organisation (auto-éco-organisation).

À l'instar de Morgan, la conceptualisation de la gouvernance selon une perspective complexe introduit et questionne, de la même manière, les enjeux de distribution et de devenir de l'autorité et du pouvoir d'une organisation (Morgan, 1989).

*« Plus forte est l'incertitude, plus difficile il est de programmer et de routiniser l'action en planifiant ce qu'il doit être fait »
(Morgan, 1989:86).*

L'organisation se définit alors autrement que par ces mécanismes de contrôle. Elle va miser davantage sur les buts à atteindre plutôt que sur comment les atteindre, et laisse ainsi libre cours à la création et l'innovation dans les moyens d'y arriver. Une structure aux frontières plus perméables se met en place, laissant les transformations, et les tensions qui en résultent, guider les acteurs vers une auto-éco-organisation, tout en maintenant des buts et des cibles à atteindre spécifiques, à travers la coévolution. Certains acteurs influencent de manière plus ou moins forte d'autres acteurs, mais cette influence n'est pas définitive et peut varier dans le temps et dans son intensité. Dubinskas nomme ce phénomène le couplage, ou des couples d'acteurs se forment, parfois proches, parfois lointains (Dubinskas, 1994:363-364). Dépendamment du degré d'influence ou de couplage exercé, il est possible de tendre vers une organisation capable, collectivement, non seulement de valoriser et d'exploiter ses acquis (*exploitation*), mais de permettre aussi à l'innovation d'émerger via ce que March appelle l'exploration (March, 1991).

3.2.3.3. Gouvernance multiniveaux au sein des organisations de santé complexes

D'après Duit et Galaz (2008), le terme de gouvernance multiniveaux émerge dans les années 1990, et s'applique de manière extensible au domaine politique (politiques européennes, économiques, écologiques). La gouvernance multiniveaux est un espace accessible à différentes échelles (organisationnelle, territoriale et sociétale), et cela implique des acteurs provenant de différentes structures qui interagissent ensemble (Duit & Galaz, 2008).

En santé, la gouvernance multiniveaux devient alors à travers les processus d'auto-*éco*-organisation et de coévolution, un espace où se relie les quatre mondes : « traitement, soins, contrôle et communauté » mis en lumière par Glouberman et Mintzberg (2001a, 2001b, 2002).

Appliquée à notre étude, le *traitement* représente la communauté médicale et les activités biomédicales qui y sont rattachées. Le *soin* est davantage lié aux activités des infirmières, des autres professionnels non médicaux et des travailleurs communautaires. Le *contrôle* est la sphère de l'administration « bureaucratique » ou traditionnelle. Enfin, la *communauté* représente les personnes liées directement ou indirectement à l'organisation de santé (patients, groupes communautaires, groupes d'intérêts ou d'influence, conseil d'administration (CA) des établissements, membres du gouvernement, politique locale, etc.).

L'ensemble de ces notions prend place au sein d'une organisation de santé de première ligne, que nous scindons en deux sphères : clinique et administrative. **La sphère clinique** se préoccupe des phénomènes reliés à la clinique et aux professionnels, tout en gérant l'interface avec la sphère administrative. Elle est davantage tournée vers le monde du *traitement*, du *soin* et celui de la *communauté*, tout en s'accommodant à celui du *contrôle* des gestionnaires. **La sphère administrative** gère les phénomènes organisationnels en interface avec la sphère clinique, à laquelle elle est au service, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008).

a. Les Leviers d'action de la gouvernance multiniveaux

Le premier des leviers d'action peut être disponible aux deux sphères (clinique et administrative), c'est le *schemata* (P. Anderson, 1999). Nous entendons le *schemata* comme

étant individuel et hétérogène, relevant du processus d'auto-organisation. Comme vu précédemment, le *schemata* regroupe la structure mentale et les schèmes de pensées à la base de l'auto-organisation des acteurs. Mais il peut être partagé par différents acteurs, ce qui peut le rendre collectif à l'échelle d'un service ou appliquée à toute l'organisation. Le *schemata* collectif influence alors les *schemata* individuels (professionnels de la santé, autres employés, administrateurs, etc.).

L'organisation, en s'unifiant derrière une position claire et définie en ce qui concerne le besoin d'adapter ses services aux personnes migrantes, prend une part importante dans l'action collective et dans l'adaptation de la gouvernance de cette organisation. Pour cela, la position officielle et les politiques internes doivent être claires et cohérentes (Lu, Lin, Prietto, & Garite, 2000; Rousseau et al., 2008; Steele, Lemieux-Charles, Clark, & Glazier, 2002). Le concept de *schemata* est un levier d'action à la fois individuel et collectif : si le défi de l'adaptation des services à l'égard de populations migrantes est considéré comme important par une grande part des acteurs, il joue le rôle de ciment entre toutes les actions autour de cet enjeu.

En plus du *schemata*, les acteurs de ces sphères possèdent plusieurs autres leviers d'action : les structures, le politique et les ressources (Arford & Zone-Smith, 2005) ainsi que ceux de la connaissance et de la communication. Ils peuvent influencer les capacités d'auto-éco-organisation des acteurs situés dans chacune des sphères. Par exemple, ces mêmes leviers d'action reflètent dans la sphère administrative davantage les préoccupations managériales et stratégiques, c'est-à-dire le *contrôle* d'après Glouberman et Mintzberg (2001a), mais aussi la *communauté*.

Les leviers de **structures** se définissent selon les rôles et les fonctions de chacun des acteurs et selon le type de gestion et de gouverne établi. Selon les choix opérés, il est possible pour les acteurs de la sphère administrative de soutenir, valider et légitimer les actions entreprises dans le processus d'adaptation des services cliniques (Arford & Zone-Smith, 2005). Ce qui n'est évidemment pas toujours le cas

Les leviers **politiques** visent essentiellement à régir les comportements des acteurs. Ces leviers se définissent selon l'existence, la connaissance et la mise en place de principes, de normes et de règles explicites quant à l'adaptation des services de santé (Arford & Zone-

Smith, 2005). L'aspect prioritaire ou non de l'adaptation au sein des organisations de santé est aussi regardé. La sphère clinique met de l'avant les intégrations fonctionnelle et clinique notamment (Cazale, Touati, & Fleury, 2007; Contandriopoulos et al., 2001). Pour la sphère administrative, c'est davantage la vision souhaitée de l'établissement, en terme d'intégration normative, de leadership, de coordination et de communication qui est mis de l'avant (Cazale et al., 2007; Contandriopoulos, 2003).

Les leviers des *ressources* se divisent en trois sous-catégories. Les ressources *humaines* s'établissent en termes d'effectifs de professionnels de santé. En d'autres termes, cela se concentre autour des effectifs particuliers à déployer pour offrir des services adaptés (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Baumann, & Birch, 2001). Les ressources *financières* signifient la priorité accordée, ou non, aux besoins de services en matière de prise en charge de personnes migrantes, tout en tenant compte des contraintes internes et externes. Enfin, les ressources *temporelles* désignent la prise en compte, par les gestionnaires cliniques et administratifs, du temps supplémentaire nécessaire aux professionnels pour s'auto-éco-organiser de manière à évaluer, orienter et suivre des patients vulnérables tels que des personnes migrantes (Battaglini et al., 2007).

Les leviers de *connaissances* portent principalement sur les formations, l'éducation aux meilleures pratiques, le développement d'outils d'aide à la prise de décisions et l'utilisation de guide d'interventions et de protocoles de soins éprouvés. Ce levier réfère aussi à l'ensemble des connaissances acquises par les acteurs tels que des pratiques adaptées ou des réseaux d'entraide dans la communauté, et qu'ils peuvent partager avec d'autres collègues, partenaires et patients.

Les leviers *en communication ou informationnels* concernent la divulgation et la promotion de moyens tels qu'une banque d'interprètes, du matériel didactique adapté et traduit, etc. (Fortin et Le Gall, 2007). Dans la sphère administrative, cela concerne les dispositifs d'informations mis en place pour recueillir et tenir informer l'ensemble des acteurs (indicateurs, évaluation, résultats) au sujet des types de patientèles desservies et des différentes adaptations cliniques ayant cours au sein de l'établissement (en termes d'évaluation, d'orientation et de suivi des patientèles par exemple).

b. Les facteurs d'influence de la gouvernance multiniveaux

Dépendamment des jeux de pouvoirs et d'influences pouvant exister au sein même d'une organisation ainsi qu'à travers ses relations avec son Environnement, l'organisation de santé agit et réagit de façon continue aux multiples facteurs, internes et externes. Afin de mettre en exergue qu'elles sont les principales modalités d'adaptation d'une organisation de santé, nous avons défini quatre types de facteurs d'influence :

1. Les facteurs *culturels* concernent la perception de l'adaptation et des valeurs qui y sont associées, notamment en ce qui a trait à l'immigration. Le *schemata*, vu précédemment comme un levier d'action, peut avoir un impact dépendant de la compréhension que les acteurs ont des services de santé : les services de santé appréciés uniquement selon leur efficacité pour résoudre le problème de santé laissent peu de place à l'adaptation et à un processus à moyen et long terme. Inversement, les services de santé appréciés selon leur efficacité certes, mais aussi selon leur acceptabilité pour ceux qui les reçoivent laissent plus de place à l'adaptation;
2. Les facteurs *cliniques* se portent davantage sur le degré d'autonomie des acteurs cliniques au sein de l'organisation de santé, des notions de leadership, de répartition des cas selon la disponibilité des ressources humaines ou selon leurs intérêts propres, ainsi que sur le positionnement des différents corps professionnels au sein des prises de décision,
3. Les facteurs *organisationnels* se penchent sur la priorisation de l'adaptation des services dans les lignes directrices administratives, la libération de ressources dédiées en termes de coût, de temps et d'informations, les restrictions budgétaires et la gestion de la pénurie récurrente de main-d'œuvre;
4. Les facteurs *contextuels* sont nombreux et se réfèrent aux pressions de l'Environnement (organismes communautaires, ministères, citoyens et politique) pouvant (inter)agir avec les différents niveaux de gouvernance et sur le processus d'adaptation de l'organisation à l'égard de personnes migrantes. Les facteurs peuvent provenir du niveau local (propre à l'organisation) et du niveau plus global (semblable pour l'ensemble des organisations).

Ces quatre types de facteurs sont interdépendants, et agissent simultanément sur les interactions entre les acteurs de l'organisation et de l'Environnement. L'agencement de ces différents facteurs jouera sur la capacité d'adaptation des différents niveaux de gouvernance de l'organisation de santé, ainsi que sur l'Environnement. Les jeux d'influence ainsi que les couplages plus ou moins proches entre les acteurs pourront accentuer l'impact de ces différents facteurs, de manière négative ou positive. Contribuant, par la même occasion, à l'équilibre ou l'instabilité relative du processus d'adaptation (Orton & Weick, 1990).

c. Définitions et représentation des multiniveaux d'une gouvernance

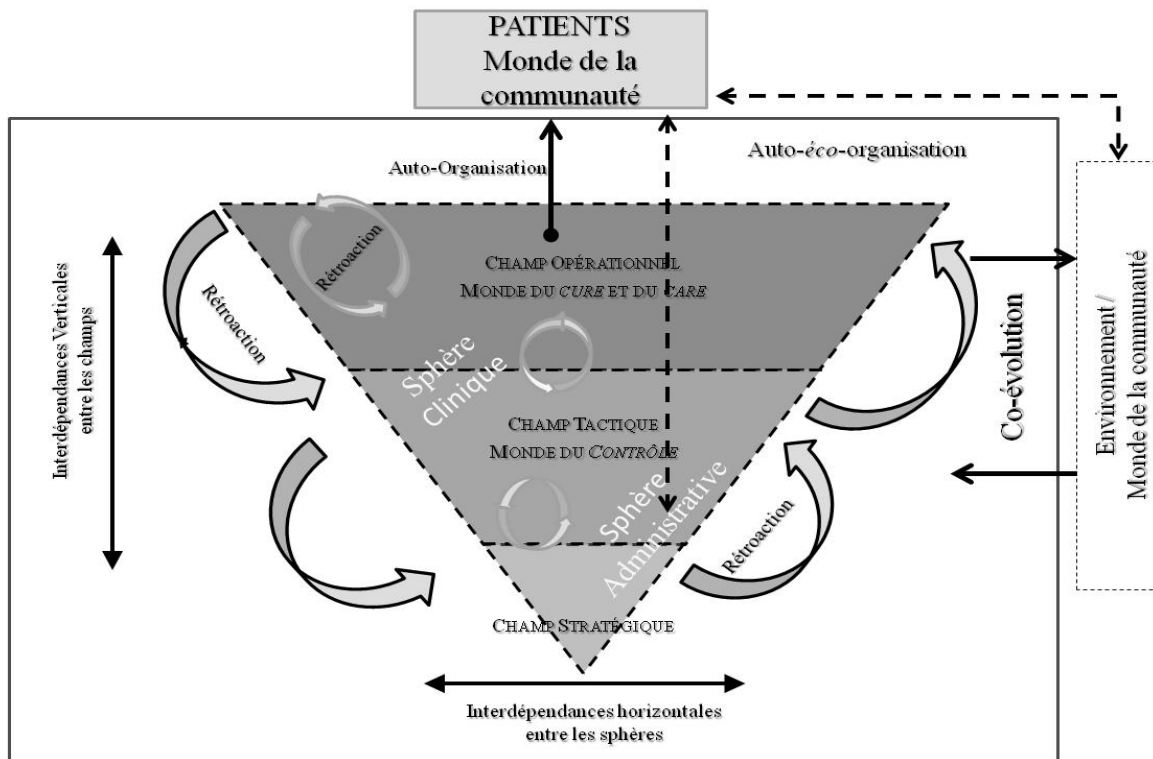
La convergence de ces différents leviers et facteurs est possible lorsqu'une structure de gouvernance est en place à différents niveaux de l'organisation de santé et peut influencer à la fois les *schemata* et les intérêts des acteurs internes et externes. La gouvernance multiniveaux se décline alors à travers trois champs d'action (Bourdieu, 1994) ou trois niveaux : opérationnel, tactique et stratégique (Mintzberg, 1989) (fig.1).

D'après la Figure 3 :

- Le **champ d'action opérationnel** représente l'espace au sein duquel les acteurs professionnels de première ligne exercent leur pratique clinique auprès des patients, et sont inclus dans la prise en charge de chacun des cas. Par « pratique clinique » nous entendons « *l'ensemble des processus de prise en charge de la clientèle -- dans lequel existe -- une incertitude inhérente nécessitant le jugement professionnel* » (Brault et al., 2008:170). Les activités cliniques réalisées par les professionnels de santé de première ligne reposent sur le degré d'adaptation qu'il est possible d'atteindre afin de maintenir et d'améliorer la qualité, la sécurité et l'équité des soins fournis aux patients migrants.
- Le **champ d'action tactique** fait référence à l'espace social des acteurs du domaine de la gestion et du management. C'est le champ, dans une perspective de gouvernance multiniveaux, qui a le rôle de traducteur des orientations stratégiques vers le niveau opérationnel et de relais des actions entreprises au niveau opérationnel vers le niveau stratégique (Pomey et al., 2008). Il permet à l'établissement de s'auto-éco-organiser en étant le point de jonction entre l'auto-organisation hétérogène des multiples acteurs de l'organisation et de l'Environnement.

- Le *champ d'action stratégique* représente l'espace décisionnel « hiérarchique », à savoir le champ où se situent les cadres supérieurs et hauts dirigeants de l'établissement de santé (Directeur général, Direction des soins infirmiers, etc.). Rassembler et entretenir un *schemata* collectif, cohérent, intégrateur et homogène pour l'établissement (sphères administrative et clinique) fait partie de son rôle au sein d'une gouvernance multiniveaux, tout en accentuant la coévolution avec l'Environnement.

Figure 2: Représentation d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé en interactions avec son Environnement



La gouvernance multiniveaux d'une organisation de santé est un espace au sein duquel il est possible de répondre aux besoins spécifiques de chacune des sphères : clinique et administrative. Elle respecte l'autonomie des acteurs (auto-organisation) tout en facilitant, grâce à des *boucles de rétroactions* (récursivité), les interdépendances internes entre les champs opérationnel, tactique et stratégique (auto-éco-organisation). Ces interdépendances sont à la fois verticales c'est-à-dire ascendante et horizontales c'est-à-dire se situant entre les

sphères clinique et administrative) (Glouberman & Mintzberg, 2001a, 2001b). Des relations dynamiques et co-évolutives avec l'Environnement existent aussi.

L'orchestration de la gouvernance multiniveaux au sein d'une organisation complexe permet de rendre homogène l'ensemble des hétérogénéités, afin de faire converger les diverses actions adaptatives entreprises. Le but commun de l'organisation, et des acteurs la composant, consiste à fournir des soins de santé de qualité et équitables à tous les patients. Le développement d'une gouvernance multiniveaux permet de recentrer l'ensemble et d'éviter les actions isolées, non intégrées et non récursives, facilitant ainsi le processus d'adaptation des pratiques auprès de populations plus spécifiques telles que des personnes migrantes.

La participation des acteurs au processus d'adaptation est favorisée au sein de l'établissement par des mécanismes émergents ayant pour but de faire entendre les voix et les idées des acteurs opérationnels et tactiques aux acteurs stratégiques. Ainsi, le processus d'adaptation à travers la gouvernance multiniveaux permettrait de « *fractaliser* » l'organisation, à travers les différents champs et sphères définis, selon un phénomène holographique (chaque partie de l'hologramme contient la totalité de l'information de tout l'hologramme (Morin, 2005 (1990))). Par les interactions entre acteurs, des comportements et des règles similaires les influençant se retrouveraient, quel que soit le champ d'action ou la sphère dans laquelle ils interagissent, ce qui serait garant d'une certaine stabilité de l'organisation (Farjoun & Levin, 2011). La gouvernance est un espace par lequel l'adaptation se généralise à toute l'organisation via les multiples niveaux (champs): quel que soit l'échelle à laquelle on se place, le processus d'adaptation s'effectuerait de manière similaire. En d'autres termes, nous postulons qu'en plus de constater qu'une organisation complexe peut avoir des caractéristiques fractales (Dolan et al., 2000; Dooley & Van de Ven, 1999; Duit & Galaz, 2008; Frank & Fahrbach, 1999; Rickles et al., 2007; Stacey, 1995; Tsoukas & Dooley, 2011), il est possible de délibérément la *rendre fractale* à l'aide de mécanismes multiniveaux impliqués dans la gouvernance. Ce processus envisage davantage d'espace pour les professionnels et la sphère clinique dans les processus de construction d'actions collectives et de prise de décision (Lamothe, 2007; Nonaka, 1994), tout en ayant le potentiel de diminuer la rigidité hiérarchique d'une organisation (Yuter, 2011).

3.1.4 La gouvernance multiniveaux : un espace de cohérence pour de multiples acteurs dans de multiples domaines

D'après Lamothe (2007), une gouvernance permettant l'adaptation se définit par une meilleure adéquation des processus organisationnels avec les processus cliniques et cela en favorisant un leadership crédible de la part des professionnels. Selon l'auteure, « *l'adaptation du cadre structurel-administratif émerge également d'un processus d'apprentissage soumis à l'influence combinée des dynamiques interprofessionnelles et interorganisationnelles* » (Lamothe, 2007:296). À travers la création de réseaux de services sociaux et de santé, tel que mis en place au Québec, le changement devrait s'opérer de manière horizontale afin d'entraîner une désaffection des modes bureaucratiques de gestion (contrôle hiérarchique) au profit de modes de coopération plus étroits avec les professionnels, en les impliquant directement dans le processus de changement (Denis et al., 2001). Le but de la création des réseaux locaux de santé au Québec est de briser les silos entretenus entre les professionnels, les services, les programmes et les organisations elles-mêmes. En permettant aux organisations de différents milieux de travailler ensemble, des liens de connectivité peuvent se créer ou s'intensifier et permettre un décloisonnement et une co-évolution de plusieurs secteurs dont plusieurs du domaine de la santé et des services sociaux (Breton & Maillet, 2014).

Selon Folke et al. (2005), **la gouvernance adaptative** (*adaptive governance*) implique un transfert du pouvoir décisionnel des gestionnaires vers un niveau participatif plus grand entre les différents services. Cette co-gestion n'est pas automatique et, le plus souvent, s'auto-éco-organise en réseau social composé d'équipes et de groupes d'acteurs représentant ces différents services afin de créer des espaces de délibération et de prise de décision. Ce type de réseau inclut les acteurs de l'Environnement (organismes communautaires, municipalités, etc.). C'est par ce cheminement qu'émerge la coévolution.

3.2.4.1. Mais sans « Interactions novatrices », pas de coévolution et pas d'adaptation

Stroebel (2005), suivant les travaux d'Abbott (1988), invite à changer la manière de penser les organisations de santé, passant d'entités fonctionnant linéairement et relevant de

juxtaposition d'évènements uniques ou processuels non reliés entre eux en une manière de les penser selon ces termes : *'patterns, interrelated processes and relationships'* (Stroebel et al., 2005:440). Cette conception des relations entre les acteurs est aussi partagée par Lane et Maxfield (1996), qui les nomment des *'generative relationships'*, que nous traduisons par *des interactions novatrices* :

« *Induce changes in the way the participants see the world and act in it and even give rise to new entities* » (Lane & Maxfield, 1996:216).

De cette manière, dans un contexte instable et imprévisible, différents acteurs peuvent apprendre et co-créeer de nouveaux modèles, de nouveaux *schemata* et de nouvelles solutions (B. Zimmerman & Hayday, 2003). Établir des connexions et des réseaux avec les acteurs de l'Environnement influence l'organisation de santé et l'encourage à adapter ses services à divers sous-groupes de populations. Les *interactions novatrices*, tournées à la fois vers l'intérieur et l'extérieur de l'organisation, deviennent des leviers d'action et des facteurs d'influence, notamment en termes de coévolution. Cela permet de mettre l'emphase, collectivement, sur le besoin d'adapter les services de santé par tous les acteurs impliqués dans la gouvernance multiniveaux. Il est plus facile ensuite d'orienter dans la même direction les multiples intérêts.

C'est à partir des travaux de Folke et de Lamothe essentiellement (Folke et al., 2005; Lamothe, 2007) que nous employons le terme de gouvernance multiniveaux. Elle permet de saisir, dans un contexte donné, l'ampleur de la question migratoire et de l'adaptation organisationnelle. La gouvernance, à travers ces différents niveaux, devient un espace au sein duquel la voix des acteurs du champ opérationnel (terrain) bénéficie de crédibilité de la part des champs tactique et stratégique. Inversement, les administrateurs du champ stratégique ont besoin en continu de légitimité de la part des acteurs des autres champs, notamment des professionnels de santé. Ainsi un langage cohérent se crée entre les deux sphères et les trois champs afin d'affiner le processus d'adaptation et de l'articuler explicitement au concept d'équité envers les populations à desservir, notamment les plus vulnérables (MSSS, 2006, 2012).

3.1.5. Cadre conceptuel du processus d'adaptation d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé: quelques propositions

Nous pouvons maintenant élaborer un modèle conceptuel du processus d'adaptation d'une gouvernance multiniveaux au sein d'une organisation de santé basée sur ce qui a été développé précédemment.

Dans la partie 1, nous avons sélectionné certains concepts des systèmes adaptatifs complexes pour décrire les organisations de santé. Puis nous avons défini dans la partie 2 les concepts de gouvernance multiniveaux et d'adaptation, afin de les relier dans la partie 3 aux organisations de santé et leur Environnement, notamment via la prise en considération des facteurs d'influence, la coévolution et l'émergence d'*interactions novatrices*.

Le modèle proposé (fig.4) intègre donc les déterminants des organisations de santé, les actions internes (auto-éco-organisation et fractalisation de l'adaptation via la gouvernance multiniveaux) et les actions tournées vers l'Environnement impliquant la coévolution et les *interactions novatrices*.

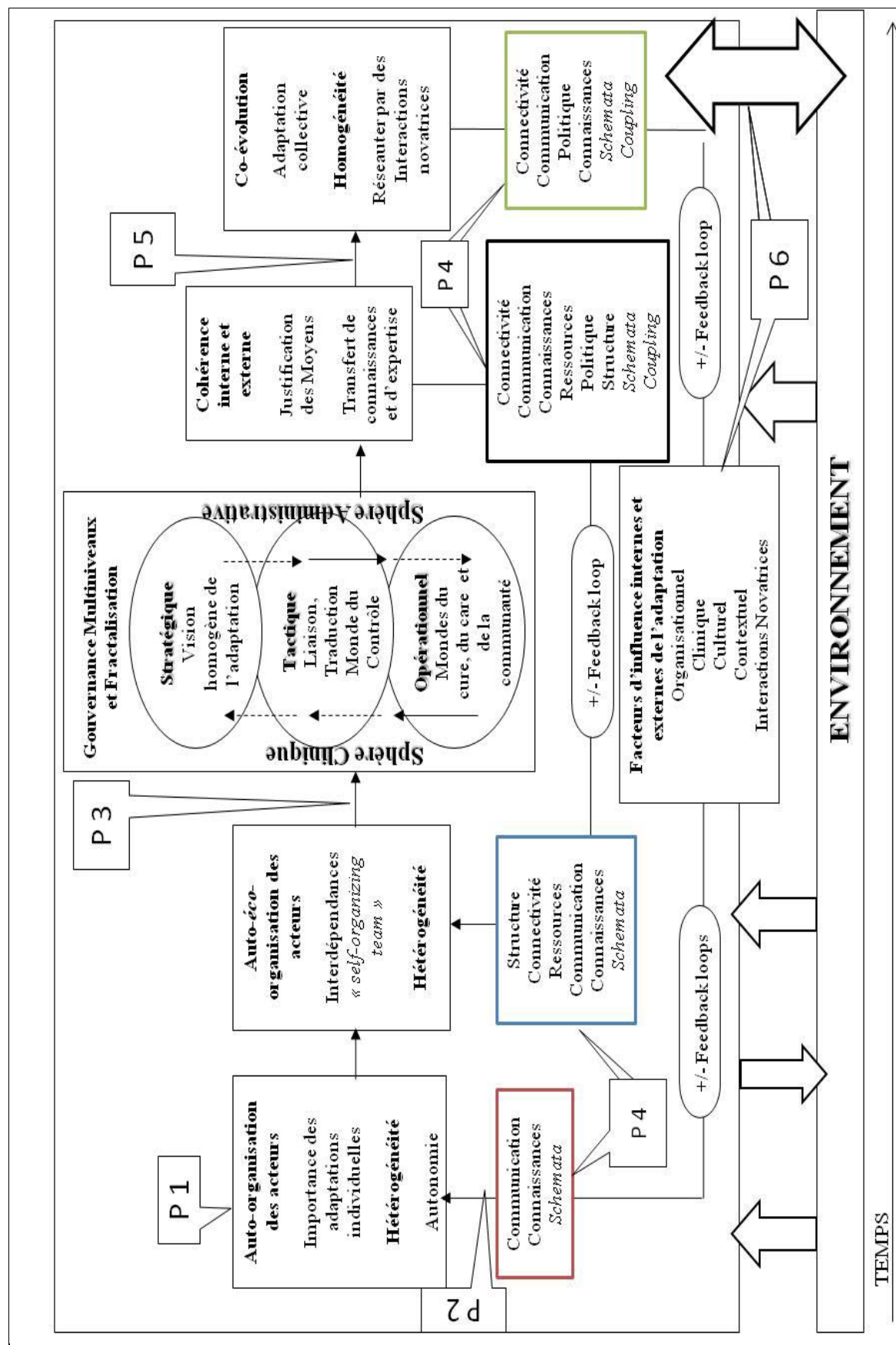


Figure 3: Cadre du processus d'adaptation de la gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé

À partir du cadre conceptuel de la Figure 4, nous faisons les propositions de recherche suivantes :

- ADAPTATION INDIVIDUELLE

P1. Les défis de la prise en charge de personnes migrantes se rencontrent avant tout au niveau clinique, entre le professionnel et la personne migrante. Chacun des acteurs s'**auto-organise de manière individuelle** et les adaptations sont **hétérogènes**, et se règlent au cas par cas.

P2. Au niveau individuel, les marges de manœuvre et les essais-erreurs des acteurs cliniques sont favorisés par des **boucles de rétroaction** tout au long du processus.

- ADAPTATION PAR PROGRAMMES ET PAR SPHÈRES, EN CONTACT AVEC L'ENVIRONNEMENT

P3. Pour dépasser les murs du bureau de consultation et ne pas rester du cas par cas, les professionnels s'**auto-éco-organisent** et interagissent avec les autres acteurs du même programme ou de la même sphère. Dans une logique moins individuelle et plus intégrée, ils partagent et exploitent leur savoir et leur savoir-faire avec les acteurs des différents champs d'action (opérationnel, tactique ou stratégique) ainsi que ceux de l'Environnement.

Dans le cas où les organisations de santé et l'Environnement jouissent de conditions favorables et de facteurs d'influence allant dans ce sens (Fig.4), la gouvernance multiniveaux peut s'adapter. Citons par exemple ,l' autonomie des acteurs et dans le même temps l'interdépendance entre les acteurs qui augmente avec l'incertitude des résultats, la réflexivité des acteurs, le pouvoir de décision des organisations locales, l'émergence d'*interactions novatrices* avec les acteurs de l'Environnement qui sont tous des facteurs possibles pouvant faciliter le processus d'adaptation à travers une gouvernance multiniveaux.

Au niveau des individus et de leurs adaptations hétérogènes, ce sont l'auto-organisation et l'adaptation au cas par cas qui prévalent (P1). C'est l'émergence de point

commun autour du besoin d'adapter les services aux populations migrantes qui leur permettra, via l'auto-éco-organisation, de rassembler les différentes pratiques adaptatives à l'égard de patients migrants au sein d'un service clinique (P2 et P3).

Inversement, les conditions peuvent être moins favorables en étant influencées par divers facteurs : par exemple, pas ou peu de *schemata* partagés, absence d'autonomie des acteurs, gestion du haut en bas, écart trop grand entre les intérêts des acteurs, coupures budgétaires, pénurie de main-d'œuvre, centralisation du pouvoir, résistance au changement (notamment au niveau stratégique), multitudes de priorités imposées par le ministère, attentes des autres groupes de population (population anglophone, personnes âgées), etc. Le processus d'adaptation s'en trouvera limité sur sa portée et sa durée dans le temps.

Étant donné que dans ce type de situation, les acteurs opérationnels notamment de la sphère clinique risquent de rester au niveau du cas par cas et de ne pas être entendues par les acteurs des autres champs, l'auto-éco-organisation sera limitée. En l'absence de soutien des deux autres champs, les adaptations connues seront partagées et exploitées au niveau opérationnel, sans que de nouvelles formes puissent émerger collectivement et être explorées.

- ADAPTATION DE L'ORGANISATION DE SANTÉ ET DE SON ENVIRONNEMENT

P4. L'adaptation des sphères clinique et administrative, et les champs d'action les composant convergent au moyen de différents **leviers d'action** qui favorisent une intégration, de manière **cohérente**, des pratiques cliniques et administratives entre les professionnels, les gestionnaires, les administrateurs et l'Environnement.

P5. C'est grâce à certains facteurs d'influence que la gouvernance multiniveaux incite des démarches **collectives** soit à l'interne de l'organisation, soit à l'externe avec des acteurs de l'Environnement. Ce qui encourage la coévolution, la mise en place d'adaptations homogènes et l'émergence de nouvelles pratiques adaptées.

P6. Les **interactions** entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement dépendent de plusieurs facteurs d'influence et sont primordiales quant à la mise en place de conditions d'adaptation favorables ou non.

Dans ce troisième bloc de propositions, la gouvernance multiniveaux permet d'identifier des pistes de solutions à partir de ce que l'ensemble des acteurs a (P4) et vers quoi ils aimeraient aller (P5) (March, 1991). Pour innover, ils peuvent éventuellement bâtir sur ce qu'ils connaissent déjà, c'est-à-dire leur expertise (P4 et P6).

Les acteurs des sphères clinique et administrative mettent de l'avant l'ensemble des préoccupations quant à l'enjeu de l'adaptation des services. À partir des mesures d'adaptation envisagées ou réalisées, le champ d'action stratégique suggère une vision cohérente en y intégrant les diverses spécificités et intérêts de chacun des champs. (P4, P5)

La gouvernance multiniveaux devient un espace où les acteurs peuvent s'ajuster et s'adapter grâce à des boucles de rétroaction, prenant en compte les acteurs de l'Environnement. (P5, P6).

La communication, le transfert d'informations et les prises de décisions sont à la base de la réactivité de l'organisation et de l'Environnement à l'égard des besoins des personnes migrantes grâce particulièrement aux *interactions novatrices* (P3, P5, P6).

Cependant, dans le cas de conditions défavorables à l'adaptation, le manque d'intégration et de cohérence fera en sorte que les préoccupations du champ opérationnel se rendront plus difficilement aux champs tactiques et stratégiques. La réalité des personnes migrantes auprès des professionnels de santé n'existera pas en dehors de la pratique clinique et de l'Environnement. Si le défi de l'adaptation n'est pas priorisé, il sera oublié sans qu'il n'y ait eu de solutions faisables et efficaces identifiées puisque la diffusion des stratégies d'adaptation employées peinera à circuler à travers l'organisation : la gouvernance, comme espace multiniveaux, ne servira pas à rendre fractal le processus d'adaptation à travers l'organisation et son Environnement.

Dans le même temps, la communauté et les organismes communautaires continueront de pallier aux manques de cohérences et d'adaptation des organisations de santé. Dans ce cas, la coévolution se fera toujours, mais l'organisation de santé aura une structure ne permettant pas de développer, de manière homogène, des interventions adaptées concernant les personnes migrantes. La question de la responsabilité populationnelle des organisations demeurera.

3.1.6 Discussion et implications pour des recherches futures

Dans cet article, nous avons centré notre développement sur les mécanismes d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé ainsi que sur la sensibilité du processus d'adaptation à un contexte d'accueil de personnes migrantes. Il reste à savoir si oui ou non le modèle proposé est valable dans des situations réelles où des adaptations pratiques sont envisagées ou réalisées auprès des personnes migrantes, et si le cadre conceptuel peut s'appliquer dans une perspective à long terme. Une des manières de valider les liens proposés par ce modèle est d'étudier de manière empirique ces phénomènes dans des organisations de santé connaissant un contexte de diversité culturelle plus ou moins récent.

Nous avons choisi de délimiter la gouvernance multiniveaux selon trois champs d'action : opérationnel, tactique et stratégique interagissant entre deux sphères : clinique et administrative, et l'Environnement. Cependant, il est possible de le conceptualiser autrement. Par exemple, dans une bureaucratie wébérienne, la gestion par la commande et le contrôle est le pouvoir principal des bureaucrates au sein d'institutions centralisées et hiérarchiques, telles qu'un État ou une organisation. Par ailleurs, le changement y est aussi possible, mais il est dicté par la hiérarchie (Weber, 1995 (1921)). Selon les théories institutionnelles, le rôle clé est joué par la stabilité de l'organisation, à l'intérieur d'un contexte spécifique, selon une vision plus linéaire et prédictive. À travers un processus d'institutionnalisation établi, le changement peut intervenir, mais de manière souvent radicale, et il est perçu comme un déstabilisateur ponctuel du système (Andrew H. Van de Ven & Poole, 1995).

Finalement, nous avons défini l'adaptation des organisations de santé, leurs mécanismes de gouvernance, ainsi que la prise en charge de populations migrantes vulnérables comme un enjeu complexe. Ajoutées au degré d'incertitude que ces situations imposent, les solutions ne résident pas dans l'application généralisée d'une formule. Plusieurs facteurs environnementaux, socio-économiques et culturels sont à considérer en plus de la complexité de l'adaptation en tant que telle (Glouberman & Zimmerman, 2002). Par exemple, nous pouvons penser aux restrictions budgétaires, au positionnement de la première ligne face aux soins hospitaliers, au degré de centralisation des décisions au sein du gouvernement, à l'importance d'une politique de régionalisation de l'immigration ou encore

à l'application de la responsabilité populationnelle au sein des organisations. Tout un ensemble de facteurs peuvent influencer les prises de décisions et les mécanismes d'adaptation au sein des organisations de santé, tant au niveau individuel que collectif, pour chacun des champs d'action et dans chacune des deux sphères.

Néanmoins, utiliser la lentille de la complexité et le concept de gouvernance multiniveaux permet de mettre en lumière plusieurs situations paradoxales au sein des organisations. Premièrement, il existe deux formes d'adaptation apparemment opposées dans une organisation complexe : homogène et hétérogène (Miller & Page, 2007). Pour l'éclairer, des leviers d'actions tels que le *schemata*, la connectivité, les structures ou le politique, etc. permettent d'orienter les adaptations hétérogènes vers des actions plus coordonnées afin d'intégrer le tout en une vision commune et partagée avec le reste des acteurs de l'Environnement : des adaptations homogènes. Ce qui va à l'encontre des théories de la complexité, dans lesquelles le concept de gouvernance est rarement traité - voire ignoré. Pourtant, nous pensons que dans une organisation complexe, le besoin de donner du sens aux actions, ainsi qu'un minimum de convergence entre les différents intérêts et les différents rapports de forces tels que les couplages proches ou lointains (Dubinskas, 1994), appelle des mécanismes de gouvernance laissant l'autonomie à chacun des acteurs, tout en les contraignant à jouer dans un cadre plus défini (Lozeau, Langley, & Denis, 2002).

Deuxièmement, les tensions entre le "self-perpetuation" et le "renewal" (Moore & Kraatz, 2010:6) ou entre « l'exploitation » versus « l'exploration » (March, 1991) existent et un équilibre entre ces deux voies doit être préservé afin d'éviter le chaos ou bien l'inertie de l'organisation. L'interaction entre les conditions d'adaptation (facteurs d'influence), les leviers d'action utilisés et le contexte local de chacune des organisations peuvent donner des indices quant à cet équilibre fragile.

Par ailleurs, les théories de la complexité, incluant les systèmes adaptatifs complexes, ont été critiquées pour leur manque d'applications empiriques et leur incapacité à prendre en compte les enjeux individuels (Greenhalgh & Stones, 2010). Les théories de la Gouvernance font face aussi à des critiques concernant la difficulté de plusieurs modèles à prendre en compte le contexte (KjÆR, 2011; Rhodes, 2007). Les études appliquées sont donc nécessaires pour confirmer si les approches de la gouvernance multiniveaux et de la

fractalisation peuvent aider à comprendre et à expliquer les enjeux à la fois micro, méso et macro.

Enfin, cet article vise à contribuer à la littérature actuelle qui encourage les professionnels, les chercheurs et les administrateurs à être plus précis sur ce qu'ils attendent de l'adaptation des services de santé aux populations vulnérables; ainsi qu'à reconsidérer certaines de leurs propositions sur le pourquoi et le comment l'adaptation devrait être mise en œuvre dans une organisation de santé et à travers la participation du réseau local communautaire. Mais pour cela, plusieurs recherches, optant pour une approche plus systémique, appuyée par une volonté politique et des actions concrètes, seront nécessaires.

Références

- Abbott, A. (1988). "Transcending General Linear Reality." Sociological Theory **6**(2): 169-186.
- Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale (2006). L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale : Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009. Québec.
- Anderson, P. (1999). "Complexity Theory and Organization Science." Organization Science **10**(3): 216-232.
- Arford, P. H. and L. Zone-Smith (2005). "Organizational Commitment to Professional Practice Models." Journal of Nursing Administration **35**(10): 467-472.
- Battaglini, A., M. Désy, et al. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Montréal, Direction Santé Publique: 11.
- Begun, J., B. Zimmerman, et al. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. Advances in Health Care Organization Theory, S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.). San Francisco, CA, Jossey-Bass.: 253-288.
- Beiser, M. (2005). "The health of immigrants and refugees in Canada." Can J Public Health **96 Suppl 2**: S30-44.
- Boisot, M. and B. Mckelvey (2010). "Integrating Modernist and Postmodernist Perspectives on Organizations: A Complexity Science Bridge." The Academy of Management Review **35**(3): 415 - 433.
- Brabant, Z. (2008). Portrait de la situation des migrants à statuts précaires à Montréal: Sans papiers, travailleurs temporaires, personnes victimes de la traite, personnes sous moratoire et autres personnes au statut migratoire précaire. Montréal, Unpublished master dissertation, Université de Montréal.
- Brault, I., D. A. Roy, et al. (2008). "Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé." Pratiques et organisations des soins **39**(3): 167-173.
- Cazale, L., N. Touati, et al. (2007). La mise en oeuvre des réseaux intégrés: expérimentations et évaluations en Montérégie. Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L. Montréal, Gaetan Morin: 195-217.
- Contandriopoulos (2003). "Inertie et Changement." Ruptures **9**(2): 4-31.
- Contandriopoulos, J.-L. Denis, et al. (2001). "Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre." Ruptures, revue transdisciplinaire en santé **8**(2): 38-52.
- Crozier, M. and E. Friedberg (1981). L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective Paris, Editions du Seuil.
- De Maio, F. G. and E. Kemp (2009). "The deterioration of health status among immigrants to Canada." Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice.
- Denis, J.-L., L. Lamothe, et al. (2001). "The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations." The Academy of Management Journal **44**(4): 809-837.

- Derose, K. P., J. J. Escarce, et al. (2007). "Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability." Health Aff **26**(5): 1258-1268.
- Dolan, S., L. S. Garcia, et al. (2000). "Organisational Values as "Attractors of Chaos": An Emerging Cultural Change to Manage Organisational Complexity." Journal of Economics literature classification **D23, M14, O33**.
- Dooley, K. J. and A. H. Van de Ven (1999). "Explaining Complex Organizational Dynamics." Organization Science **10**(3): 358-372.
- Dubinskas, F. A. (1994). "On the Edge of Chaos." Journal of Management Inquiry **3**(4): 355-366.
- Duit, A. and V. Galaz (2008). "Governance and Complexity—Emerging Issues for Governance Theory." Governance **21**(3): 311-335.
- Farjoun, M. and M. Levin (2011). "A Fractal Approach to Industry Dynamism." Organization Studies **32**(6): 825-851.
- Fassin, D. (1996). L'espace politique de la santé. Essai de généalogie. Paris, PUF.
- Folke, C., T. Hahn, et al. (2005). "Adaptive Governance of Social- Ecological Systems." Annual Review of Environment and Resources **30**(1): 441-473.
- Ford, R. (2010). Organization Design and Managing Continuous Change: A Complex Adaptive Practice Theory. Montreal, Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management.
- Fortin, S. and J. Le Gall (2007). "Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques." Enfances, Familles, Générations(6): 16-37.
- Frank, K. A. and K. Fahrback (1999). "Organization Culture as a Complex System: Balance and Information in Models of Influence and Selection." Organization Science **10**(3): 253-277.
- Frohlich, K. L. and L. Potvin (2008). "Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations." Am J Public Health **98**(2): 216-221.
- Gagnon, A. (2002). La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow). Ottawa, Sante Canada.
- Gleick, J. (1988). Chaos : Making a New Science.
- Glouberman and H. Mintzberg (2001). "Managing the care of health and the cure of disease-- Part II: Integration." Health Care Manage Rev **26**(1): 70-84; discussion 87-79.
- Glouberman and H. Mintzberg (2001). "Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation." Health Care Management Review **26**(1): 56-69.
- Glouberman and H. Mintzberg (2002). "Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie." Gestion **27**(3): 12-22.
- Glouberman and B. Zimmerman (2002). Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? . Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper 8. . Ottawa.
- Green-Hernandez, C., A. A. Quinn, et al. (2004). "Making primary care culturally competent." Nurse Pract **29**(6): 49-55.
- Greenhalgh, T. and R. Stones (2010). "Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory." Social Science & Medicine **70**(9): 1285-1294.

- Hayek, F. A. (1948). Individualism and Economic Order. Chicago, IL, Henry Regnery Company.
- Holland, J. H. (1995). Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity, Helix Books.
- KjÆR, A. M. (2011). "Rhodes' contribution to Governance theory: praise, criticism and the Future Governance Debate." Public Administration **89**(1): 101-113.
- Lamarche, P., R. Pineault, et al. (2008). "L'obligation de faire des choix difficiles, et même très difficiles." Document de travail, Université de Montréal, GRIS.
- Lamothe, L. (2007). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation. Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L. Montréal, Gaetan Morin: 289-298.
- Lane, D. and R. Maxfield (1996). "Strategy under complexity: Fostering generative relationships." Long Range Planning **29**(2): 215-231.
- Levinthal, D. A. and M. Warglien (1999). "Landscape Design: Designing for Local Action in Complex Worlds." Organization Science **10**(3): 342-357.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, *55*(5), 537-564. doi:10.1177/0018726702055005427
- Lu, M. C., Y. G. Lin, et al. (2000). "Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: a cost/benefit analysis." Am J Obstet Gynecol **182**: 233 - 239.
- Mandelbrot, B. (1977). Fractals : form, chance & dimension. San Francisco, W. H. Freeman
- Mandelbrot, B. (1990). "Fractals - a Geometry of Nature." New Scientist **127**(1734): 38-43.
- March, J. G. (1991). "Exploration and Exploitation in Organizational Learning." Organization Science **2**(1): 71-87.
- McDaniel, R. R., Jr., H. J. Lanham, et al. (2009). "Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations." Health Care Management Review **34**(2): 191-199.
- Miller, J. H. and S. E. Page (2007). Complexe Adaptive System, an introduction to Computational models of social life. Princetown, Princetown University Press.
- Mintzberg, H. (1989). Le Management : Voyage au centre des organisations. Paris.
- Miszkurka, M., L. Goulet, et al. (2010). "Contributions of Immigration to Depressive Symptoms Among Pregnant Women in Canada." Canadian Journal of Public Health **101**(5): 358-364.
- MSSS. (2006). *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Québec: MSSS.
- MSSS (2012). *Une passerelle vers un avenir en santé: La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir- Orientations ministérielles*. Québec. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/1a14f0bb247a423685257a4c00679b89?OpenDocument>
- Moore, J. H. and M. S. Kraatz (2010). "Governance Form and Organizational Adaptation: Lessons from the Savings and Loan Industry in the 1980s." Organization Science **published online before print September 30, 2010, DOI: 10.128:** 1-19.
- Morgan, G. (1989). Images de l'organisation. Québec, Les Presses de l'Université Laval
- Morin, E. (2005 (1990)). Introduction à la pensée complexe. Paris, Seuil "Points Essais".

- Munoz, M. and J.-C. Chirgwin (2007). "Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis." Le Médecin du Québec **42**(2): 33-43.
- Nonaka, I. (1994). "A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation." Organization Science **5**(1): 14-37.
- O'Brien-Pallas, L., G. Tomblin Murphy, et al. (2001). Framework for analyzing health human resources (p.6) in Canadian Institute for Health Information. Future development of information to support the management of nursing resources: Recommendations. . Ottawa, CIHI.
- OMS-Europe (2004). Déclaration d'Amsterdam: Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. Amsterdam, OMS-Europe.
- Orton, J. D. and K. E. Weick (1990). "Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization." Academy of Management. The Academy of Management Review **15**(2): 203-203.
- Palmberg, K. (2009). "Complex adaptive systems as metaphors for organizational management." The Learning Organization **16**(6): 483.
- Plsek, P. E. and T. Greenhalgh (2001). "Complexity science: The challenge of complexity in health care." BMJ **323**(7313): 625-628.
- Pomey, M.-P., J.-L. Denis, et al. (2008). "Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé." Pratiques et organisations des soins **39**(3): 183-194.
- Rhodes, R. A. W. (2007). "Understanding Governance: Ten Years On." Organization Studies **28**(8): 1243-1264.
- Rickles, D., P. Hawe, et al. (2007). "A simple guide to chaos and complexity." Journal of Epidemiology and Community Health **61**(11): 933-937.
- Rosenheck, R. A. (2001). "Organizational process: a missing link between research and practice." Psychiatr Serv **52**(12): 1607-1612.
- Rousseau, C., S. Ter Kuile, et al. (2008). "Health care access for refugees and immigrants with precarious status: public health and human right challenges." Can J Public Health **99**(4): 290-292.
- Stacey, R. D. (1995). "The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes." Strategic Management Journal **16**(6): 477-495.
- Steele, L., L. Lemieux-Charles, et al. (2002). "The impact of Policy changes on the Health of Recent Immigrants and Refugees in the Inner-city: A Qualitative Study of Services Providers Perspectives." Can J Public Health **93**(2): 118.
- Stroebel, C. K., R. R. McDaniel, et al. (2005). "How Complexity Science Can Inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices." Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety **31**: 438-446.
- Sweeney, K. and F. Griffiths (2002). Complexity and Healthcare: an introduction. Oxon-UK, Radcliffe Medical Press.
- Tsoukas, H. and K. J. Dooley (2011). "Introduction to the Special Issue: Towards the Ecological Style: Embracing Complexity in Organizational Research." Organization Studies **32**(6): 729-735.
- Van de Ven, A. H. and M. S. Poole (1995). "Explaining Development and Change in Organizations." The Academy of Management Review **20**(3): 510-540.
- Weber, M. (1995 (1921)). Économie et société, T.1. Paris, Plon, Agora.

- Zimmerman, B. and B. Hayday (2003). Generative Relationship: STAR. Voices from the Field. G. Eoyang. Minneapolis, HSDI Press: 197-214.
- Zimmerman, B. J. and D. K. Hurst (1993). "Breaking the Boundaries: The Fractal Organization." Journal of Management Inquiry 2(4): 334-355.

Chapitre 4 : Méthodologie

La méthodologie, bien qu'explicitée dans chacun des articles de résultats (Chapitre 5), est davantage détaillée dans ce chapitre qui lui est dédié. En effet, l'écriture par article nécessite de se plier aux règles des différents éditeurs, et bien souvent la partie méthodologie s'en trouve diminuée. Elle reprend donc pleinement sa place dans le présent chapitre et nous nous excusons par avance des répétitions occasionnées.

En annexe sont présentés l'arbre des codes utilisés pour l'analyse (Annexe 3) ainsi que des extraits du dictionnaire de codes à partir desquelles nous avons codés et analysés nos données (Annexes 4).

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM), numéro CERFM 201011 #407 ainsi que par le comité d'éthique à la recherche et le comité de convenance du CSSS 2 de notre étude (Annexe 1).

4.1.1. Considérations *de terrain*

Étant boursière du Centre FERASI (2007-2011), la réalisation de mon doctorat s'est déroulée dans le cadre d'une résidence de recherche entre le Centre FERASI, un décideur et l'étudiante.

Mon projet se déroulant en Montérégie, ma résidence s'est effectuée à l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, à la Direction de la Planification, de la Performance et des Connaissances (DPPC). Cette affiliation a permis de rencontrer et sonder dès le début du projet de futurs acteurs impliqués dans notre recherche. Le soutien de l'Agence régionale a permis de crédibiliser davantage aux yeux des gestionnaires et des praticiens impliqués le projet de recherche doctoral, en lui donnant un appui institutionnel en plus de l'appui académique.. Cependant, nous avons pris toutes les précautions possibles pour marquer notre indépendance face à l'institution –décideure afin que les futurs répondants ne pensent pas que c'était une recherche « commandée », de plus, nous voulions éviter, autant que faire se peut, que cet appui institutionnel influence des réponses biaisées

par la désirabilité sociale, ou inversement ne serve d'exutoire (Copans, 1999). Ainsi, le lien entre le projet et l'Agence de la Santé fut établi lors des premières rencontres, avec les personnes ressources ciblées. L'attention se portait d'ailleurs davantage sur la résidence de recherche, ce qui permettait de détacher facilement le projet de recherche de l'institution, alors apparentée à un stage de recherche, dans un milieu autre qu'académique.

Les premiers contacts dans chacun des CSSS furent établis auprès de personne-ressource, choisie selon leur « *connectivité* » au sein de chacun des CSSS sélectionnés c'est à dire selon les liens que ces personnes entretenaient non seulement avec les trois programmes ciblés au sein des deux CSSS étudiés, ainsi qu' avec les acteurs de l'Environnement au sein duquel les CSSS interagissent.

Dans le CSSS 1, la personne ressource fut désignée par la direction-générale adjointe dont elle dépendait en partie. Cette personne fut choisie pour plusieurs raisons : infirmière de formation, elle entretenait des liens étroits avec l'ensemble des conseillères-cadres du CSSS Par ailleurs, étant rattachée aux programmes de santé publique, d'action communautaire et de la première ligne, elle avait une connaissance fine de l'ensemble des dossiers de chacun de ces programmes, ainsi que des dossiers communs tels que la demande d'accréditation du CSSS, réunissant l'ensemble des programmes et des services du CSSS. Aussi, cette personne travaillait en étroite collaboration avec les intervenants et les professionnels : ceux que nous nommons dans notre travail les acteurs opérationnels. Enfin, engagée sur plusieurs comités de plusieurs réseaux sur le territoire, cette personne-ressource avait une excellente connaissance des différents partenaires du milieu. Elle nous permis de bien cibler l'ensemble des acteurs à interroger ou vers lesquels il était judicieux de se tourner pour les premiers contacts.

Dans le CSSS 2, la personne ressource fut la première personne avec qui la chercheuse s'est mise en contact, afin de solliciter le CSSS pour participer au projet de recherche. La réponse fut positive. La mise en place fut un peu plus longue que dans le CSSS 1, puisque le CSSS 2 est moins familier avec les processus liés au domaine de la recherche. Par contre, une fois que le projet fut présenté aux différents acteurs stratégiques, tactiques et opérationnels, une demande d'évaluation au comité d'éthique de ce CSSS fut envoyée. Par la suite, la réponse des acteurs pour participer aux entrevues fut considérable.

Dans les deux cas, le choix s'avéra fondé et permit de faire connaître le projet de recherche rapidement ainsi que faire naître la curiosité et l'intérêt auprès de plusieurs personnes. Dans les deux cas, le choix effectué s'est fait dans un esprit de collaboration entre la chercheuse et les CSSS afin de toujours maintenir une cohérence avec les objectifs du projet de recherche. Il faut noter que ce terrain fut assez exceptionnel, puisque couvrant deux grands territoires de CSSS avec un nombre relativement important d'entrevues à réaliser (N=49) : le terrain fut complété en 2 mois avec la chercheuse comme seule intervieweuse. Le projet a ainsi bénéficié d'un accueil plus que favorable, ce qui a facilité grandement la collecte de données à tous les niveaux.

Les contacts auprès des organismes communautaires et du ministère de l'Immigration ont été facilités par mon implication personnelle sur différents comités liés à l'adaptation des services de santé auprès des personnes immigrantes. En effet, il s'est avéré que notre « terrain », et sa préparation se sont déroulés dans un *momentum* favorable. Plusieurs mois après la frénésie entourant les « Accommodements raisonnables » et la publication du rapport Bouchard-Taylor : *Fonder l'avenir: le temps de la conciliation* (2008), les deux CSSS mettaient alors en place diverses actions et structures portant sur ce sujet d'actualité. Selon plusieurs acteurs interrogés, il avait fallu « laisser retomber la poussière » suite à cette période, de crainte de voir, dans un tel climat, les actions entreprises mal interprétées par l'opinion publique. Cependant, l'enjeu était apparu important pour plusieurs acteurs, qu'ils soient intervenants, gestionnaires ou administrateurs, ce qui a favorisé, par la suite, l'acceptation de notre propre recherche et la forte mobilisation et participation des répondants.

À la suite de la prise de contact, des entrevues et de la collecte des données, mon implication auprès des comités s'est poursuivie et m'a permis, en plus de mes données recueillies à un temps X, de contextualiser davantage leur analyse, en sachant ce qu'il s'est passé ensuite. Sans considérer notre recherche comme une recherche-action, il est clair pour nous que cette implication est un plus quant à la compréhension et l'interprétation donnée à nos résultats puisqu'arborant une perspective plutôt interprétative dans nos analyses (Anadón & Guillemette, 2007). Je me suis effectivement impliquée sur trois comités, dont deux qui ont émergé au même moment que je commençais mon terrain. Ces deux comités « en immigration » étaient actifs dans chacun des deux CSSS à l'étude. Celui du CSSS1 a même

débouché sur le dépôt et l'acceptation d'un « Plan d'adaptation des services à l'égard des communautés immigrantes et ethnoculturelles » (juin 2013) ainsi que la proposition d'un projet de clinique accueil pour les réfugiés publics auprès du concours du laboratoire en gestion et en gouvernance de la santé (LEGGS) piloté par l'Agence de santé régionale. Le but de ce programme est de soutenir l'innovation dans le réseau régional.

Le troisième comité était un comité appelé « Comité sur les aînés immigrants », au sein duquel des acteurs tant communautaires, régionaux, ministériels, et du réseau de la santé siégeaient. Plusieurs activités ont été organisées, et récemment (octobre 2013), un des projets proposés par le Comité via l'organisme communautaire 1 a été financé. Il consiste à la mise en place d'un « Café des Aînés », spécifiquement pour pallier au manque de réseau social « hors famille » que les personnes âgées connaissent, notamment les aînés issus de l'immigration. Il a reçu les premiers « clients » en décembre 2013.

4.1.1.1 Contexte de l'étude

La région de la Montérégie comptait en 2012¹⁵ une population de plus de 1 470 300 personnes, pour un territoire de plus de 10 000 km² qui se caractérise par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales. Notre étude s'est déroulée principalement sur le territoire de la conférence régionale des élus de la Montérégie Est (CRÉ Montérégie Est). En accord avec les politiques de régionalisation de l'immigration favorisant l'établissement des migrants en périphérie des grands centres¹⁶, la Montérégie accueille de plus en plus de personnes vivant des expériences de migration internationale (MICC, 2007). Entre 2003 et 2007, 8% des nouveaux arrivants au Québec déclaraient s'installer en Montérégie, ce qui en fait la seconde région d'immigration après Montréal (74,1%), viennent ensuite la Capitale nationale (4,4%) et Laval (4%) (MICC, 2008d).

Au sein de cette immigration récente se trouvent plusieurs sous-groupes faisant partie des populations les plus vulnérables, notamment en termes de santé. En janvier 2008, 25,6% des immigrants reçus et vivants dans la CRÉ Est étaient soit réfugiés soit « demandeurs non

¹⁵ http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletins/16_Monteregie.pdf consulté en ligne le 24 septembre 2012.

¹⁶ <http://www.assnat.qc.ca/fra/38legislature1/commissions/CC/immigration/planification.pdf> p. 34, consultée en février 2009

reconnus du statut de réfugié et cas d'ordre humanitaire ». Parmi l'ensemble des immigrants reçus, 41,5 % étaient allophones et près de 80% avait 35 ans et moins (MICC, 2008c).

4.1.1.2 Unités d'analyse

Les unités d'analyse (les cas) sont les deux CSSS, notamment les programmes de première ligne (ex-CLSC), connus comme étant les portes d'entrée des services de santé et des services sociaux pour la majorité des patients, dont des personnes migrantes (Battaglini et al., 2007; Leduc & Proulx, 2004). L'étude de deux territoires, urbain et semi-urbain, se veut le plus proche possible de cette réalité et en cohérence avec les politiques de régionalisation existantes. Afin de limiter le nombre d'acteurs à considérer, l'étude se penchera plus particulièrement sur trois programmes réseau (réseau santé physique, réseau famille et réseau santé publique et action communautaire) en raison de l'importance des contacts avec les personnes issues de l'immigration.

Le territoire urbain comprend un CSSS composé de deux installations de première ligne (ex-CLSC) et d'un Centre d'hébergement de soins de longues durées (CHSLD). Par contre, il n'était pas fusionné à un Centre hospitalier (CH) au moment du terrain. Les profils de ces différentes installations sont très contrastés, voire opposés pour certaines caractéristiques (Sauvageau, 2005). Par exemple, l'installation située le plus à l'ouest du territoire prend en charge près de 70 000 personnes (27% de la population totale du territoire). C'est le territoire en Montérégie comptant la plus grande proportion de personnes migrantes et non francophones (plus de 22% et 20% respectivement). Entre 2001 et 2006, la proportion de nouveaux arrivants est passée de 3,3% à 5,3% (Statistique Canada, 2007). De plus, cette installation dessert une des populations les plus vulnérables de la Montérégie, tant au niveau socioéconomique que sanitaire (16,3% sont sous le seuil de faible revenu; 27% des 20 ans et plus sont sans diplôme secondaire; 20% des enfants de 5 ans et moins sont dans une famille à faible revenu) (Sauvageau, 2005). Dans la présentation des résultats, ce CSSS sera le CSSS 1.

Le territoire en milieu semi-urbain se distingue quant à lui, par la proportion de migrants internationaux qui, depuis 2005, ne cesse d'augmenter. En 2006, la population immigrante représentait 3,6% de l'ensemble de la population, dont 1,9% de nouveaux arrivants (Statistique Canada, 2007). Ces nouveaux arrivants proviennent du monde entier et

sont pour la plupart des réfugiés (Afghanistan, Colombie, Congo, Pérou, etc.). Le CSSS responsable de desservir cette population compte plus de 88 000 personnes sur son territoire et se compose de plusieurs installations de première ligne (ex-CLSC) ainsi que d'un centre hospitalier (CH) et de plusieurs CHSLD. Ce CSSS sera nommé dans la suite du travail : CSSS 2

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des deux CSSS à l'étude

Caractéristiques	CSSS1	CSSS2
Nombre d'établissements fusionnés	2 CLSC 1 CHSLD 1 centre administratif	1 centre hospitalier 5 CLSC 5 CHSLD 2 Centres « services externes » 2 centres administratifs
Population	203 000 (2011)	89 000 (2011)
Employés	1300	1838
Médecins généralistes	55	73
Médecins spécialistes	NSP (pas d'Hôpital)	58
Infirmières	239	450
Budget annuel (2009-2010)	53 millions	115 millions
Espérance de vie (e0)	81,6 ans	80,2 ans
% Immigration internationale (2011)	20% (38% de la Montérégie)	8%
% pop. Anglophone (2006)	23% (11% région)	4,3%
% pop allophone (2006)	13%	3%
Population en dessous du seuil de pauvreté (2006)	16%	12,4%

Sources : Agence régionale de la santé et des services sociaux de Montérégie (2010 à 2012); rapports annuels des deux CSSS (2009 à 2013) et Portrait populationnel (2011).

En termes de vulnérabilité, la variation régionale de l'indice de défavorisation (2001)¹⁷ conçu par le MSSS et l'INSPQ montre qu'il existe une superposition entre la répartition géographique de la population migrante et la répartition géographique des

¹⁷ http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=90 consulté le 18 juillet 2007

populations les plus défavorisées en Montérégie, que ce soit du point de vue social ou matériel¹⁸. Cet indicateur a été utilisé pour s'assurer de retenir deux unités au sein desquelles la vulnérabilité et la migration coexistent. Nous nous sommes aussi basés sur cet indice pour sélectionner nos deux cas.

¹⁸ Deux formes de défavorisation sont distinguées, soit une forme matérielle et une forme sociale. Alors que la défavorisation matérielle réfère principalement à la faiblesse de l'emploi, de la scolarité et du revenu, la défavorisation sociale traduit plutôt l'importance des familles monoparentales, des personnes veuves, séparées ou divorcées et des personnes vivant seules. <http://www.inspq.qc.ca/defavorisationclsc/fiches/fiche4.asp> consulté le 24 juillet 2007. Nous pourrions revenir sur ces indicateurs qui ne sont pas les plus adaptés à la situation de nombreuses familles immigrantes au Québec.

Tableau 3: Caractéristiques des deux CSSS à l'étude vis-à-vis du rôle infirmier, de la gouverne et de l'immigration

CSSS1	CSSS2
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Territoire urbain ➤ Territoire multiculturel (23%) ➤ Interactions très importantes entre le CSSS et les milieux communautaires (présence de OC et de TS, notamment dans les directions de programme) ➤ Rôle des infirmières au premier plan et à plusieurs niveaux de l'Organisation ➤ Vision assez intégratrice de la gouvernance (horizontale et verticale) ➤ Pas de CH au sein du CSSS ➤ Changement organisationnel récent (2009) et processus d'agrément Canada (2010) ➤ Début d'un discours politique et reconnaissance accrue de l'enjeu de l'immigration (naissance comité migration, comité de direction) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Territoire semi-urbain ➤ Présence croissante de personnes réfugiées publiques: Région désignée par HCR et le Canada (4%) ➤ Rôle des infirmières développé en première ligne, dans les champs opérationnel et tactique essentiellement ➤ Vision plus traditionnelle de la gouvernance (hiérarchique, descendante) ➤ Présence d'un CH: attribution des ressources « hospitalo centrée » ➤ Processus pour « CSSS Promoteur de Santé »: forte Implication de la Direction de Santé publique et Action communautaire, mais pas d'enjeu collectif pour un CSSS « Amis des Migrants ».

Sources : Notes de terrain de la chercheure (2009-2010), Documentations internes aux CSSS et portraits populationnels (2007 à 2011).

4.1.1.3 Stratégie de recherche

La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples (2 CSSS) avec niveaux d'analyse imbriqués (3 champs d'action : stratégique, tactique et opérationnel), selon une approche qualitative (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005; Yin, 2009). Ce genre d'étude se définit comme « *l'investigation empirique d'un phénomène contemporain dans son contexte de réalisation* » (Denis, 1988) (p.83). Yin (2009) recommande l'étude de cas notamment pour son pouvoir explicatif et sa capacité à répondre à des questions de recherche tournées autour du « comment » et du « pourquoi » d'un phénomène sur lequel le chercheur exerce peu ou pas de contrôle expérimental. Le choix de se concentrer sur deux CSSS Montérégien (plutôt que Montréalais) s'est imposé puisque nous voulions nous intéresser au processus d'adaptation dans des régions et des établissements plus « novices » en termes d'immigration internationale et de mixité culturelle combinée à la vulnérabilité. De plus, la politique de régionalisation ayant cours, nous

vouliions comprendre davantage les influences du contexte pouvant s'exercer sur les établissements de santé et leur propension à s'adapter à de nouveaux phénomènes.

4.1.1.4 Collecte des données

4.1.1.4.1 Sources de données

Deux sources de données ont été utilisées dans cette recherche : **1-**des sources documentaires (N=21), et **2-** des entretiens individuels (n=49). Un journal de bord tenu tout au long du travail de terrain a aussi été utilisé.

Les sources documentaires ont permis de situer l'enjeu de la migration ainsi que montrer comment se situaient les processus d'adaptation de la gouvernance au niveau des archives gouvernementales, ministérielles et régionales, mais aussi au niveau plus local, c'est-à-dire au niveau des CSSS et des organismes communautaires partenaires et intervenants auprès des personnes migrantes. Cette recherche exhaustive de documentation a étoffé les ressources transmises par les participants durant les entrevues. Ces sources documentaires nous ont permis de saisir ce que l'Environnement sollicite de la part de chacun des CSSS étudiés. Nous avons aussi pu étudier si dans les documents internes ou externes au CSSS, il existait une préoccupation visible et réelle pour l'adaptation des services à l'égard de personnes migrantes. Nous avons pu ainsi recueillir comment ces préoccupations -ou ces non-préoccupations- se traduisaient au niveau des sphères clinique et organisationnelle et quelles étaient les stratégies préconisées dans cette littérature. Au total, ce sont plus d'une vingtaine de documents que nous avons traités, codés et analysés (N=21).

Des entrevues semi-dirigées (N=49) ont été réalisées auprès de professionnels, de gestionnaires et de décideurs ainsi que des intervenants des milieux communautaires. Les acteurs interrogés proviennent d'un des trois champs d'action (opérationnel, tactique et stratégique). Nous avons eu recours à une étude qualitative avec des méthodes d'échantillonnage stratifié pour les CSSS et « boule de neige » pour les acteurs de l'Environnement. Pour ces derniers nous nous sommes servis du principe de saturation des données pour délimiter le nombre d'entrevues total (Glaser & Strauss, 1967; Poupart et al., 1997; Strauss & Corbin, 1998).

Ces entrevues individuelles ont permis de **(1)** de saisir quels étaient les acteurs impliqués au sein d'une gouvernance multiniveaux et comment la gouvernance de l'organisation de santé de première ligne prenait en compte l'adaptation des services à l'égard des personnes migrantes. Pour l'ensemble des entrevues, nous nous sommes aussi intéressés au comment les acteurs interrogés envisagent la réponse aux besoins de ce type de patientèle (éviter, référence à un autre CSSS, notamment à Montréal ou Sherbrooke). **(2)** Les différents acteurs interrogés nous ont renseignés sur les modalités propres de la sphère clinique ou de la sphère administrative pouvant contraindre ou favoriser ce processus d'adaptation. **(3)** Nous avons tenté de mettre en exergue les différents facteurs pouvant agir sur l'adaptation de la gouvernance multiniveaux à l'égard de personnes migrantes.

De plus, il a été tenu tout au long du terrain un journal de bord détaillant précisément l'ensemble du processus de recherche (anecdotes, réflexions personnelles de la chercheure, événements spécifiques, etc.) (Copans., 1999). Cela a permis, entre autres, de retracer l'ensemble des activités effectuées par la chercheure et a donc été d'une aide précieuse lors de la rédaction de la thèse, notamment lors de l'écriture de chacun des cas (CSSS/programmes/niveaux) selon les objectifs et les propositions de recherche (analyse intra et inter cas).

Ces sources d'informations (sources documentaires, entrevues et journal de bord) ont fourni un important corpus de données.

À la suite des premières entrevues, une fiche « synthèse » a été élaborée pour chacune des entrevues du CSSS 1 (Miles & Huberman, 2003). Elle a ensuite été transmise au répondant afin qu'il puisse valider, modifier ou confirmer le tout. Cette étape a permis, dès le début de l'étude, un retour d'informations et une transparence vis-à-vis des répondants, ce qui a accentué la *validité interne* et la *crédibilité* de l'étude (Poupart et al., 1997) ainsi que la confiance entre les milieux de recherche et l'étudiante.

Il a été décidé, à la suite de ce retour d'informations, que nous ne procéderons pas de la même manière pour le CSSS 2 ainsi que les répondants de l'Environnement. En effet, l'ensemble des fiches a été envoyé, et l'ensemble des acteurs a approuvé le résumé de leur entrevue. Ainsi, nous avons préféré, pour un gain de temps et un rapport direct avec les différents acteurs, présenter les différentes étapes de notre recherche, à différents moments. Il

y a eu donc trois rencontres auxquelles ont participé des acteurs des deux CSSS, de l'Agence et des organismes communautaires. Deux de ces rencontres se sont déroulées de visu et par visioconférence. La troisième s'est déroulée au sein d'un des deux organismes communautaires ciblés. L'expérience a été renouvelée trois fois et les interactions entre les différents milieux par rapport aux résultats préliminaires ont permis de recadrer et d'avancer de nouvelles pistes de recherche. Chacune des rencontres a duré environ 2 heures. Les participants ont dit avoir beaucoup apprécié ce format de restitution.

4.1.1.4.2 Instruments

Une grille d'entrevue individuelle a été construite afin de couvrir l'ensemble des concepts et des dimensions du cadre conceptuel proposé (Annexe 2). La grille d'entrevue étant flexible, elle a été adaptée à chacun des groupes d'acteurs interrogés (opérationnel, tactique, stratégique et Environnement). Le schéma de cette grille suit trois points en lien avec les objectifs de la recherche, à savoir : **1.** Identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes ainsi que les interactions qu'ils entretiennent entre eux; **2.** Cerner les leviers d'action d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter ou non les services auprès des personnes migrantes et **3.** Analyser les facteurs d'influence de la gouvernance multiniveaux de deux CSSS sur l'adaptation des services infirmiers de première ligne à l'égard de personnes migrantes.

Aussi, nous demandions aux différents acteurs d'émettre des idées ou des stratégies qui, selon eux, seraient utiles au processus d'adaptation des services.

Les entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants, ce qui a facilité leurs retranscriptions.

4.1.1.4.3 Stratégies d'analyse

Il s'agit d'une analyse qualitative telle qu'exposée par Miles et Huberman (2003). L'analyse et la collecte se font de manière simultanée et comportent des aspects itératifs au niveau de la codification et de la catégorisation, ce qui permet un ajustement des guides d'entrevues. Une fois les entretiens retranscrits, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner version 3.2 (2010) pour saisir les données et en faciliter l'analyse.

Une première phase a consisté à répertorier les unités de sens correspondant aux codes (descriptifs, interprétatifs et explicatifs) (p.115) et à caractériser des concepts de base permettant de mettre en exergue des thèmes, des configurations et des modèles (patterns) d'explication émergents. L'arbre de codes (Annexe 3 et 4) a permis de rassembler les données en un corpus se rattachant à l'une de nos six propositions imbriquées dans un de nos objectifs de recherche.

Dans l'optique d'une triangulation des données et une confrontation de ces données, provenant de plusieurs répondants, et de plusieurs instruments (entrevues et sources documentaires), nous nous sommes aussi astreints à un contrôle de la fidélité et de la validité de nos analyses. Ainsi, à trois reprises, j'ai pu faire un « codage-contre-codage » avec une collègue afin de m'assurer au mieux que la transformation, la synthétisation et la réduction infligées aux corpus de données restaient fidèles et valides aux données brutes (Van der Maren, 1996). De plus, au début du processus de codage, nous avons fait une vérification, en termes de cohérence, de la liste des codes, des premières entrevues et du cadre théorique avec mes deux directeurs de recherche. Il faut rappeler que les codes et les thèmes étaient gardés pour analyse à partir du moment où trois répondants, quels que soient l'organisation et le champ d'appartenance, le faisaient émerger. Cela était valide pour les codes préétablis depuis le cadre théorique et la littérature, ou bien pour des codes émergeant directement du corpus de données au fur et à mesure du terrain.

Une seconde phase a consisté à modéliser les dimensions (par exemple, les leviers d'action) pour chacun des programmes, des champs d'action et des sphères. Nous avons mis en exergue leur influence sur l'adaptation des services et l'influence de leur contexte respectif via la mise en relation des différents codes et thèmes trouvés précédemment. Les données ont été réduites (matrices, schématisation des relations, mémos et résumés de cas), ce qui a permis d'analyser nos six propositions de recherche à partir des données déjà collectées et celle s'en venant (Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002; Poupart et al., 1997).

4.1.1.4.4 *Qualité des résultats*

L'analyse a suivi deux étapes : une première étape correspondait à une *analyse interne des cas*, c'est-à-dire par CSSS, afin de regrouper et de synthétiser les modélisations pour établir un portrait de chaque CSSS concernant les dynamiques et les processus autour de

l'adaptation des services à l'égard patients migrants. À la vue des validations positives qui sont ressorties des fiches synthèses et des trois rencontres de restitution, la profondeur de l'analyse de chacun des cas semble avoir atteint une validité interne forte (Yin, 2009). Les interprétations ont été validées avec des acteurs des différents champs d'action afin de satisfaire le critère de crédibilité. De plus, la validation des analyses et des interprétations a aussi été discutée, à plusieurs reprises, avec les directeurs de recherche de la doctorante et le comité de suivi de la thèse.

La seconde étape a constitué en une *analyse transversale des cas* qui a permis de comparer les deux CSSS et de dégager des constats plus larges sur les différents niveaux de gouvernances. Dans une perspective de responsabilité populationnelle et de réponse à une politique de régionalisation de l'immigration, cela a favorisé une réflexion quant au développement de stratégies d'adaptation des services et de soins fournis aux personnes migrantes de deux territoires différents, et cela permet aussi de comprendre les divergences et les convergences dans ces stratégies. C'est notamment à partir de ces analyses comparatives que nous avons mis en exergue la plus grande partie des résultats présentés au chapitre 5.

Tout le processus de collecte et d'analyse des données a été agrémenté de la prise en compte de la *chaîne de justification* des concepts, ce qui a permis, à partir de citations des segments pertinents du corpus de données et par l'indication des circonstances de leur obtention, de suivre le processus duquel ils ont été dérivés (Yin, 2009).

4.1.2. Considérations éthiques

Le projet de doctorat a été soumis au comité d'éthique de la recherche de chacun des CSSS concernés, ainsi qu'au comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (CERFM). L'un des CSSS ne possédant pas de Comité d'éthique en son sein, il a été convenu qu'il reconnaitra le certificat d'éthique émis par le comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Le Comité d'éthique à la recherche du second CSSS, ainsi que son comité de convenance, a accepté le projet de recherche le 26 novembre 2010.

Bénéfices et risques de la recherche

Ce projet n'a pas présenté pour les participants d'inconvénient autre que le temps nécessaire à leur participation et le fait qu'il existe toujours un risque (minimisé par toutes les précautions possibles) qu'ils puissent être identifiés par le contenu de leurs propos.

Par contre, ce projet peut, grâce à ses résultats et ses recommandations, participer à l'amélioration de l'organisation des services de santé de première ligne, en particulier vis-à-vis de l'adaptation des services aux caractéristiques de personnes migrantes. La compréhension et l'explication de certains processus d'adaptation à de tels défis peuvent permettre aux différents acteurs du réseau de la santé de mettre en place des stratégies efficaces et équitables au sein de leurs pratiques.

Consentement libre et éclairé des participants

Il a été préparé des formulaires de consentement permettant à tous les participants de prendre connaissance de l'étude. Il leur a été mentionné qu'ils étaient libres, à tout moment, de quitter l'étude à leur convenance (l'ensemble des données les concernant aurait été, à leur demande, retirées de l'étude et détruites). Les participants étaient au courant de l'enregistrement des entrevues. Cependant, il leur a été laissé le choix d'accepter ou non l'enregistrement. Ce formulaire a été distribué par courriel avant chaque entrevue. Le jour de l'Entrevue, nous lisons conjointement le formulaire avant de débiter, en prenant soin de répondre aux interrogations et avons signé conjointement le consentement avant de commencer l'entretien.

Respect de la confidentialité et de l'anonymat

Dans le but de respecter la confidentialité et l'anonymat des participants, tous les verbatim des entrevues ont été codés (un code a été attribué à chacun des verbatim) et ont été rendus anonymes (le lien entre les noms des participants et les verbatim a été éliminé de façon définitive).

Toutes les données recueillies (verbatim, enregistrements numériques, copies des formulaires de consentement, documents des organisations) sont gardées dans un classeur sous clé auquel seule la chercheuse a accès. De plus, l'ordinateur sur lequel a été réalisée la recherche est protégé par un mot de passe connu seulement de la chercheuse. Par ailleurs, sept ans après le dépôt de la thèse, les données seront détruites.

Enfin, les résultats de l'étude ont été rendus totalement anonymes et diffusés de manière agrégée afin de ne pas dévoiler l'identité des établissements et des individus ayant participé à l'étude. Cependant les résultats, illustrés par des citations anonymes, sont utilisés dans le cadre de la thèse de doctorat. Si les mesures de protection de la confidentialité ne permettaient pas d'éviter les risques mentionnés dans la section « Risques et Inconvénients » (par ex. le fait que les participants puissent être identifiés par le contenu de leurs propos), ceux-ci ont été reformulés ou simplement retirés de la diffusion des résultats.

Chapitre 5 : Résultats d'Analyse

Dans ce chapitre, les résultats sont présentés sous forme d'article. Il y en a trois, un pour chacun des objectifs de recherche. Tout comme pour l'article conceptuel (Article 1), nous avons choisi de les présenter en français. Cependant, tous ont été rédigés, à l'origine en anglais et sont/seront soumis à un journal scientifique anglophone.

Le premier article (article 2 de la thèse) s'intéresse aux acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard de personnes migrantes ainsi que les interactions que ces acteurs entretiennent entre eux . Il ressort de cette analyse que des *acteurs de connectivité* sont à la base d'une dynamique adaptative et d'une gouvernance multiniveaux. Le second article de résultats (article 3 de la thèse) s'intéresse quant à lui aux différents leviers d'action qui facilitent ou entravent l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux auprès de personnes migrantes. Il ressort huit leviers d'action de l'analyse, regroupés en trois fonctions : administrative, émergente et d'habilitation. Enfin, le troisième article de résultats (article 4 de la thèse) fait ressortir quels sont les différents facteurs d'influence de l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux de deux organisations de santé, particulièrement pour les services infirmiers de première ligne, à l'égard de personnes migrantes. Il appert que plusieurs facteurs d'influence sont, grâce à la récursivité inhérente aux organisations complexes, dans le même temps des leviers d'action.

5.1 À propos de l'auto-organisation des organisations de santé : acteurs et interactions pour adapter les services de première ligne à l'égard de patients migrants (Article 2)

Cet article a été soumis en Mai 2014 au Journal of Organizational Change and Management sous le titre :

“What about self-organization of healthcare organizations: Adapting actors and interactions in primary healthcare with respect to migrant patients”

Il est actuellement en révision.

Auteurs:

Lara Maillet; Paul. Lamarche; Bernard Roy & Marc Lemire

À propos de l'auto-organisation des organisations de santé : acteurs et interactions pour adapter les services de première ligne à l'égard de patients migrants

Résumé

Proposition : Cet article s'intéresse à la gouvernance multiniveaux appliquée aux organisations de santé fournissant des services à des populations migrantes. Les organisations de santé sont envisagées comme des systèmes adaptatifs complexes, composés de multiples acteurs capables d'auto-organisation hétérogène, structurée autour d'une gouvernance menant à un processus d'adaptation homogénéisé et co-évoluant avec l'Environnement.

Méthodologie/Objectif : Le but de l'article est d'identifier à la fois les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes et les interactions qu'ils entretiennent entre eux. Une étude de cas multiples a permis d'opérationnaliser les dimensions du cadre théorique développé, en y impliquant les acteurs de l'Environnement. Nous avons réalisé 49 entrevues semi-directives auprès d'acteurs de deux Centres de santé et services sociaux (CSSS) et de l'Environnement local, régional et national.

Résultats : À partir de propositions de recherche, nous montrons que la dynamique entre les acteurs et leur auto-organisation participe au développement d'une gouvernance multiniveaux. Les interactions internes et externes, avec l'Environnement, dévoilent la création de réseaux, qui émergent du terrain, et qui sont repris par la suite aux niveaux stratégiques. C'est la présence d'*acteurs de connectivité* et d'acteurs récepteurs dans l'organisation et l'Environnement qui permet de fractaliser l'adaptation.

Limitations : Les acteurs opérationnels ont été moins nombreux à accepter une entrevue. Ceci a pu entraîner un biais possible quant aux données recueillies.

Implications pratiques : L'article inclut des recommandations pour les acteurs cliniques et administratifs concernant l'adaptation d'une organisation de santé complexe.

Originalité : Cette étude offre une vision empirique des systèmes adaptatifs complexes et de la gouvernance multiniveaux.

Mots-Clés : Organisation fractale, Gouvernance, *Système Adaptatif complexe*, Étude de cas, Organisation de santé, Migration

5.1.1 Contexte de l'Étude

Née d'une préoccupation quant à l'arrimage des politiques en matière de santé avec celles concernant l'immigration et leur prise en compte au sein des organisations de santé de première ligne, notre recherche souhaite comprendre comment les organisations en viennent à adapter les services de santé aux populations qu'elles desservent.

Pour se faire, nous avons choisi d'étudier deux Centres de santé et services sociaux (CSSS) de la région montréalaise, au sud de Montréal (Québec), afin d'analyser et de comprendre comment émerge l'adaptation des services de santé auprès de populations migrantes dans des organisations de santé plus novices en la matière (Boulais, 2010).

La région de la Montérégie comptait en 2011¹⁹ une population de plus de 1 456 700 personnes, pour un territoire de plus de 10 000 km² qui se caractérise par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales. Notre étude s'est déroulée principalement sur le territoire de la conférence régionale des élus de la Montérégie Est. En accord avec les politiques de régionalisation de l'immigration favorisant l'établissement des migrants en périphérie des grands centres²⁰, la Montérégie accueille de plus en plus de personnes vivant des expériences de migration internationale (MICC, 2007). Entre 2003 et 2007, 8% des nouveaux arrivants au Québec déclaraient s'installer en Montérégie, ce qui en fait la seconde région d'immigration après Montréal (65,8%), viennent ensuite Laval (6,5%) et la Capitale Nationale (4,7%)²¹ (MICC, 2008d). Au sein de cette immigration récente se trouvent plusieurs sous-groupes faisant partie des populations les plus vulnérables, notamment en termes de santé. En janvier 2008, 25,6% des immigrants reçus et vivant dans la conférence régionale des élus de la Montérégie-Est étaient soit réfugiés soit « demandeurs non reconnus du statut de réfugié et cas d'ordre humanitaire ». Parmi l'ensemble des immigrants reçus, 41,5 % étaient allophones et près de 80% avait 35 ans et moins (MICC, 2008c).

Dans cette étude, le terme de *Personnes migrantes* renvoie à toute personne qui est née hors du pays d'accueil quelle que soit sa trajectoire migratoire. Cela inclut les personnes réfugiées, en attente de statut, les sans-papiers, les demandeurs d'asile, les immigrants

¹⁹ http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletins/16_Monteregie.pdf consulté le 20 novembre 2012

²⁰ <http://www.assnat.qc.ca/fra/38legislature1/commissions/CC/immigration/planification.pdf> p. 34, consultée en février 2009

²¹ http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletins/16_Monteregie.pdf consulté le 20 novembre 2012

économiques et de regroupement familial. Les *Nouveaux Arrivants* installés depuis moins de 5 ans au Canada sont inclus dans le groupe des personnes migrantes. En effet, c'est une catégorie reconnue plus à risque de rencontrer des difficultés dans leur trajectoire de soins (Beiser, 2005; Derose et al., 2007). À l'instar de Brabant (2008), nous préférons le terme « migrant » à « immigrant » qui reflète davantage les caractéristiques dynamiques de la migration (immigrant et émigrant), ainsi que l'inclusion de personnes n'ayant pas le statut légal « d'immigrants reçus ».

Si de nombreuses études épidémiologiques sur les besoins des populations migrantes en matière de santé existent (Miszkurka et al., 2010; Munoz & Chirgwin, 2007), elles consistent principalement à analyser les besoins en fonction des déterminants de la santé. Les études s'intéressant aux organisations de santé impliquées dans l'accès et la prise en charge de populations migrantes semblent être moins nombreuses (Battaglini, 2010; Wylie, 2013). C'est dans cette perspective que nous souhaitons analyser l'adaptation de la gouvernance des CSSS et participer à une meilleure compréhension du système de santé lorsqu'il fait face à des changements. Pour ce faire, nous avons choisi d'aborder les organisations de santé, et le système dans lequel elles s'inscrivent par des approches de la Complexité, notamment celle des systèmes adaptatifs complexes. C'est ce que nous présentons dans la partie suivante.

5.1.2 Cadre conceptuel

Il existe de nombreuses définitions d'un système adaptatif complexe (Ford, 2010; Gleick 1988; Holland, 1995; P. E. Plsek & Greenhalgh, 2001). Il peut être retenu que les organisations sont des parties du système, étant composées elles-mêmes d'une multitude d'acteurs interdépendants, agissant selon leurs propres intérêts (P. Anderson, 1999). Les organisations sont d'ailleurs le lieu de nombreux jeux de pouvoirs et de rapports de forces. Dans une perspective de complexité, ces tensions et ces conflits peuvent servir de terreau fertile à des réconciliations ou des accords tangibles entre les différents acteurs, dépendamment du degré de connectivité qui existe entre eux (Crozier & Friedberg, 1981; Stacey, 1995). La *connectivité* est entendue comme le lien pouvant exister ou non, de manière temporelle, entre les acteurs d'une organisation et avec ceux de l'Environnement (Stacey, 1995). Le nombre d'interactions et de connexions entre les acteurs est plus important que la force ou la faiblesse des liens eux-mêmes : plus il y a de liens, plus ils sont

diversifiés, de manière aléatoire, entre liens forts et liens faibles (Stacey, 1995:489). Dans les termes de la complexité, nous pouvons rapprocher cette vision du concept d'*organisation « fractale »* ou « autosimilaire ». Une organisation fractale permet de décupler les échanges, les liens et les actions dans un espace restreint (B. Zimmerman & Hurst, 1993). Le caractère fractal provient de l'invariabilité d'échelle, c'est-à-dire que quel que soit le niveau, le champ d'action ou la sphère dans lequel on se trouve, le processus d'adaptation s'effectue de manière similaire. La structure fractale est entendue ici comme un instrument de la gouvernance multiniveaux, permettant d'étendre les préoccupations cliniques à l'ensemble de l'organisation.

Pour ce faire, **l'auto-organisation** se situe au niveau de l'organisation, composée de multiples acteurs hétérogènes et autant de *schemata*, c'est-à-dire des schèmes de pensées partagées ou non par plusieurs acteurs. Elle est centrée sur elle-même et influencée par des facteurs endogènes. Selon nous, l'auto-organisation implique l'acteur de manière individuelle. Cela peut être une personne (une infirmière, un médecin ou un directeur) ou un groupe d'individus (service clinique ou administratif). Les auto-organisations dépendent de chacun des acteurs au sein d'une organisation, ce qui signifie que les comportements possibles sont très hétérogènes. L'auto-organisation semble être souvent improvisée et spontanée (Hayek, 1948), et non dictée par des voies hiérarchiques. Les acteurs qui travaillent ensemble peuvent adopter une vision d'ensemble partagée (*schemata collectif*), leur permettant de partager aussi leurs différents savoir-faire, expériences et expertises grâce à des mécanismes rétroactifs négatifs ou positifs (Anderson, 1999; Hassey, 2002). Les *rétroactions négatives* consistent en un retour aux conditions initiales où les effets de l'adaptation et du changement sont estompés. Les *rétroactions positives* quant à elles, permettent aux acteurs de continuer dans le sens de l'action entreprise. Cela peut aller vers de nouvelles pratiques adaptées. Les rétroactions positives proviennent de changements inattendus dus à certaines interactions (Ricklefs et al., 2007).

Au niveau de **l'auto-éco-organisation**, l'Environnement prend de l'importance et devient un facteur d'influence sur l'organisation, dit exogène. C'est un agrégat de multiples actions hétérogènes pouvant aller dans un même sens circonscrit par le *schemata*. Tendre

vers une meilleure intégration des services nécessite que l'autonomie de chacune des entités impliquées soit recentrée afin de permettre aux interactions de se créer, de se pérenniser et d'évoluer. Les chasses gardées de certains groupes sont reconfigurées, voire éclatées dans un souci d'homogénéiser les structures d'actions et de prises de décisions, et permettre de donner des soins intégrés et centrés sur la trajectoire du patient. Ainsi, l'auto-éco-organisation, en continuité avec l'auto-organisation, est la capacité de chaque acteur à s'adapter en interaction avec les acteurs de l'Environnement.

La **coévolution** est le processus par lequel l'organisation et l'Environnement sont des acteurs qui s'inter-influencent. Ce processus peut mener à une coadaptation.

À partir du cadre théorique développé dans un article précédent (REF Article 1), le modèle proposé (figure.1) se focalise sur la gouvernance multiniveaux d'une organisation complexe. Il intègre les déterminants des organisations de santé selon des actions internes (auto-organisation et rétroactions) et des actions externes (auto-éco-organisation et co-évolution). Ce modèle souhaite situer les caractéristiques d'une organisation dont l'adaptation se situe à tous les niveaux de l'organisation, c'est-à-dire fractal, à travers les jeux de connectivité et d'interdépendances prenant part à une gouvernance multiniveaux. D'après la Figure 1, une organisation de santé de première ligne peut être représentée comme formée par deux sphères : clinique et administrative. **La sphère clinique** se préoccupe des phénomènes reliés à la clinique et aux professionnels, tout en gérant l'interface avec la sphère administrative. **La sphère administrative** s'occupe des phénomènes organisationnels en interface avec la sphère clinique, à laquelle elle est au service, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008).

De plus, chaque sphère est subdivisée en trois champs d'action :

Le **champ d'action opérationnel** représente l'ensemble des acteurs professionnels de première ligne exerçant leur pratique clinique auprès des patients, et qui sont inclus dans la prise en charge de chacun des cas. Par « pratique clinique » nous entendons « *l'ensemble des processus de prise en charge de la clientèle -- dans lequel existe -- une incertitude inhérente nécessitant le jugement professionnel* » (Brault et al., 2008:170). Les activités cliniques réalisées par les professionnels de santé de première ligne reposent sur le degré d'adaptation

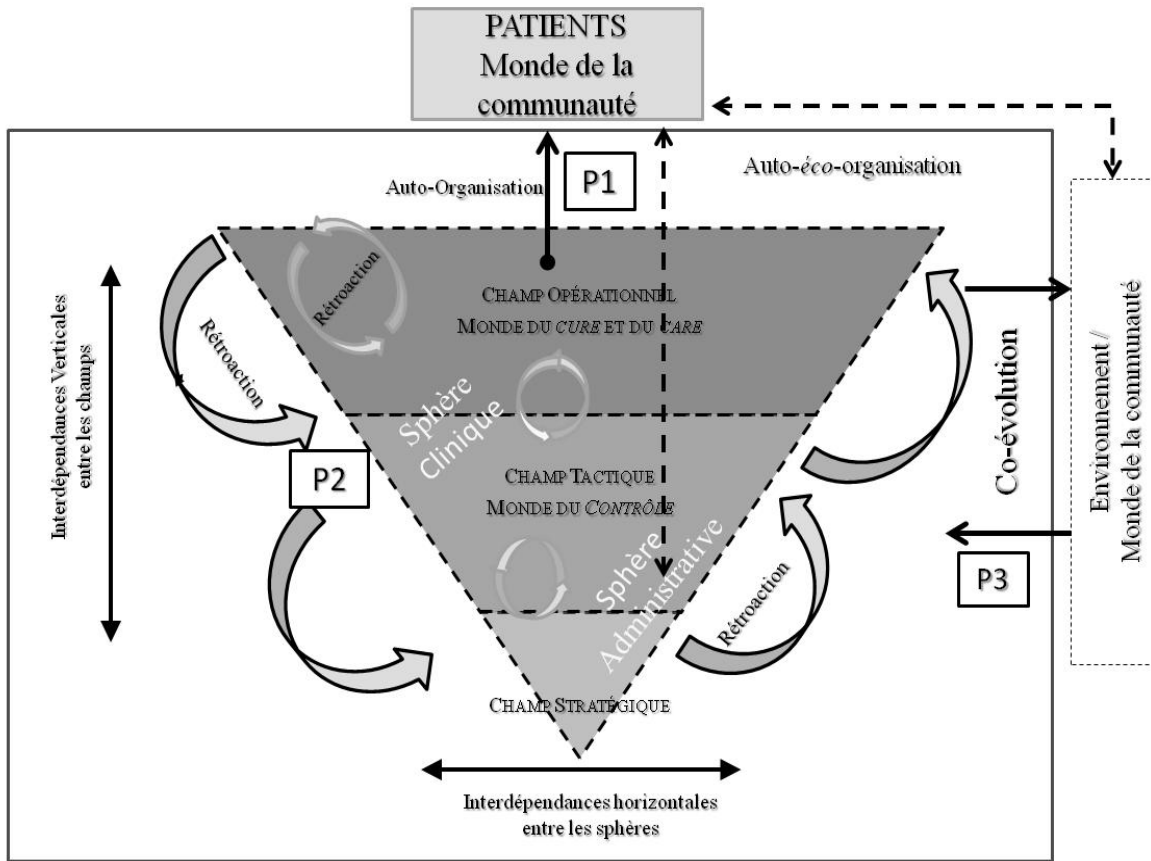
qu'il est possible d'atteindre afin de maintenir et d'améliorer la qualité, la sécurité et l'équité des soins fournis aux patients, dont les migrants.

Le *champ d'action Tactique* fait référence aux acteurs du domaine de la gestion et du management. C'est le champ, dans une perspective de gouvernance multiniveaux, qui a le rôle de traducteur des orientations stratégiques vers le niveau opérationnel et de relais des actions entreprises au niveau opérationnel vers le niveau stratégique. Il permet à l'établissement de s'auto-éco-organiser en étant le point de jonction entre l'auto-organisation hétérogène des multiples acteurs de l'organisation et de l'Environnement.

Le *champ d'action Stratégique* représente l'espace décisionnel « hiérarchique », à savoir où se situent les cadres supérieurs et hauts dirigeants de l'établissement de santé (Directeur général, Direction des soins infirmiers, etc.). Rassembler et entretenir un *schemata* collectif, cohérent, intégrateur et homogène pour l'établissement (sphères administrative et clinique) fait partie de son rôle au sein d'une gouvernance multiniveaux, tout en accentuant la coévolution avec l'Environnement.

Les acteurs de l'Environnement sont les partenaires externes à l'organisation de santé. Il peut s'agir des organismes communautaires œuvrant auprès de personnes migrantes, de l'agence régionale de santé, et des ministères de la Santé et de l'Immigration, etc.

Figure 4: Représentation d'une gouvernance multiniveaux dans une organisation de santé en interaction avec son Environnement



La gouvernance d'une organisation de santé complexe est un espace de l'auto-éco-organisation aidant à répondre, de manière cohérente, aux besoins plus spécifiques de chacune des sphères clinique et administrative. Elle respecte l'autonomie des acteurs (auto-organisation) tout en facilitant, grâce à des *rétroactions*, les interdépendances internes entre les champs opérationnel, tactique et stratégique. Ces interdépendances sont à la fois verticales (ascendante et descendante) et horizontales (sphère clinique et administrative) (Glouberman & Mintzberg, 2001a, 2001b). Des relations dynamiques et co-évolutives avec l'Environnement existe aussi. Les patients, qui sont à la base de l'existence des organisations de santé, entretiennent principalement des liens avec les acteurs opérationnels et ceux de l'Environnement.

L'orchestration de la gouvernance multiniveaux au sein d'une organisation complexe permet de rendre homogène l'ensemble des hétérogénéités, afin de faire converger les diverses actions visant l'adaptation. Le but commun de l'organisation et des acteurs la composant consiste à fournir des soins de santé de qualité et équitables à tous les patients. Le développement d'une gouvernance multiniveaux permet de recentrer l'ensemble des actions et des *schemata* et d'éviter les actions isolées, non intégrées et non récursives, facilitant ainsi le processus d'adaptation et de changement des pratiques cliniques et organisationnelles à l'égard de populations migrantes et vulnérables.

5.1.3 Objectif de recherche

L'objectif de cet article est d'identifier à la fois les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes et les interactions qu'ils entretiennent entre eux (P1 à P3). À partir du cadre de la figure 1, nous analysons les données selon les trois propositions de recherche suivantes :

La proposition 1 (P1) consiste à regarder si les défis de la prise en charge de personnes migrantes se rencontrent avant tout au niveau clinique, entre le professionnel et la patientèle migrante. Si tel est le cas, chacun des acteurs s'**auto-organisent de manière individuelle** et les adaptations sont **hétérogènes** et se règlent au cas par cas.

La proposition 2 (P2) s'attache aux marges de manœuvre et aux apprentissages par essais-erreurs des acteurs cliniques qui sont soit favorisés par des **boucles de rétroaction** tout au long du processus, soit contraintes ou absentes de la pratique clinique.

Enfin, la proposition 3 (P3) s'attarde à l'adaptation des programmes et des sphères. Pour dépasser les murs du bureau de consultation et ne pas rester sur du cas par cas, les professionnels s'**auto-éco-organisent** et interagissent avec les acteurs de la sphère clinique. Dans une logique moins individuelle et plus intégrée, ils partagent et exploitent leur savoir et leur savoir-faire avec les acteurs des différents champs d'action (opérationnel, tactique ou stratégique) et ceux de l'Environnement, ce qui peut mener à la coévolution.

5.1.4 Méthodologie

Unités et stratégie de recherche

Les cas à l'étude sont deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces organisations de santé sont reconnues comme étant les portes d'entrée des services de santé et des services sociaux pour la population, dont les personnes migrantes font partie (Battaglini et al., 2007; Leduc & Proulx, 2004). L'étude de deux territoires, urbain et semi-urbain, se veut le plus proche possible de cette réalité et en cohérence avec les politiques de régionalisation de l'immigration existantes au Québec (Boulais, 2010).

Les unités d'observation sont les trois programmes cliniques (santé physique, famille-enfance jeunesse (FEJ) et santé publique et action communautaire) sur lesquels l'étude s'est penchée en raison de l'importance des contacts avec des personnes migrantes ainsi que les enjeux les entourant. Il faut noter cependant que l'analyse ne porte pas sur ces programmes spécifiquement. Ils ont été utiles pour analyser les relations entre les sphères et à l'intérieur du CSSS. Plusieurs services administratifs ont aussi été retenus ainsi que deux organismes communautaires (Organismes communautaires 1, Organismes communautaires 2) très importants pour chacun des deux territoires des CSSS à l'étude. Enfin, un acteur de l'antenne régionale du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) fut interrogé. Au total, 43 entrevues semi-directives ont été menées de novembre 2010 à février 2011 inclusivement. Six (6) dernières entrevues (MICC et Organismes communautaires 1 et 2) ont été réalisées en avril 2012. C'était un choix délibéré que d'attendre l'avancement de l'analyse des 43 premières entrevues afin de pouvoir creuser davantage certains thèmes avec les acteurs de l'Environnement. L'ensemble des entrevues fut conduit par la même chercheure.

La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples : deux CSSS, avec niveaux d'analyse imbriqués, c'est à dire trois champs d'action : stratégique, tactique et opérationnel et deux sphères (clinique et administrative), selon une approche qualitative (Yin, 2009).

Éligibilité et Échantillonnage

Pour la sélection des répondants, nous avons procédé par **échantillon stratifié** pour les deux CSSS et par **échantillon « boule de neige »** pour les acteurs de l'Environnement (Poupart et al., 1997). L'échantillonnage stratifié s'est fait avec l'aide d'un informateur clé dans chacun des CSSS, en choisissant des répondants dans chacun des trois champs d'action. De plus, le rôle de l'informateur clé permettait, pour le champ opérationnel surtout, de cibler au sein des trois programmes choisis les personnes travaillant plus fréquemment avec des patients migrants. Cependant, afin de limiter les biais de sélection, nous avons aussi ciblé des intervenants ayant moins accès à ce type de patients, afin de saisir aussi dans quelle circonstance la pratique « non experte » face à la diversité culturelle se vivait de la part des acteurs opérationnels.

Pour le champ d'action *opérationnel*, nous avons interrogé des professionnels de santé, qui pratiquent en clinique et qui sont en lien direct avec les patients : infirmières, médecins et organisateurs communautaires. Pour le champ d'action *tactique*, ce sont des infirmières gestionnaires, des conseillères-cadres, des gestionnaires des ressources humaines (RH) et des communications qui ont été approchés. Enfin, pour le champ d'action *stratégique*, nous avons interrogé les directeurs et les administrateurs-chef c'est-à-dire les directeurs généraux et adjoints, la direction des soins infirmiers, la direction des services professionnels, les directeurs cliniques ainsi que des membres du conseil d'administration et des trois conseils consultatifs : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Conseil des infirmières et des infirmiers et Conseil multidisciplinaire. Les trois champs d'action ont été divisé entre deux sphères : La sphère clinique qui se préoccupe des phénomènes reliés à la clinique et aux professionnels, tout en gérant l'interface avec la sphère administrative. Elle est davantage tournée vers le monde du *traitement*, du soin et celui de la *communauté*, tout en s'accommodant à celui du *contrôle* exercé par les gestionnaires. La sphère administrative quant à elle gère les phénomènes organisationnels en interface avec la sphère clinique, à laquelle elle est au service, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008).

Les acteurs de l'Environnement provenaient de trois types d'organisations : (1) deux organismes communautaires qui ressortaient de manière unanime dans les entrevues en

CSSS, (2) de l'instance régionale de santé, et (3) de l'antenne régionale du Ministère de l'Immigration et des communautés culturelles (MICC).

Sur 57 entrevues prévues au départ, seulement 8 personnes n'ont pu se libérer pour y prendre part. Il faut noter que ce sont essentiellement des répondants du champ opérationnel dans le CSSS1 notamment qui ont refusé de participer (6/8). Il peut y avoir plusieurs explications à ces refus. Cette moindre représentation d'acteurs opérationnels dans notre échantillon peut avoir apporté un biais quant aux différentes représentations. C'est pourquoi la triangulation des données fut importante, afin de ne pas écarter de pistes provenant davantage des acteurs opérationnels. L'échantillon est majoritairement féminin, soit 12 hommes et 37 femmes. Lors de la prise de rendez-vous pour les entrevues, il était fréquent que les répondants eux-mêmes contactent la chercheuse pour participer. Il y avait un intérêt marqué de la part des acteurs pour le sujet traité dans cette étude.

Tableau 4: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères

Site	Champ Stratégique (n)		Champ Tactique (n)		Champ Opérationnel (n)	Refus (n)	Total
	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Clinique		
CSSS 1	4	5	3	3	3	6	18
CSSS 2	4	5	2	2	7	1	20
Agence	4		1			1	5
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 1 et 2					5		5
MICC			1				1
Total	22		12		15	8	49

L'analyse des données s'est effectuée à partir des retranscriptions d'entretiens. Nous avons procédé à une analyse par codage selon l'approche de Miles et Huberman (2003), en classant les codes par thèmes et sous-thèmes obtenus à partir de notre cadre théorique et des données

elles-mêmes lorsque le thème se répétait. Le thème était retenu à partir du moment où au moins trois répondants (tous niveaux confondus) le mentionnait.

Collecte des données

Sources

Deux sources de données ont été utilisées dans cette recherche : **1-**des sources documentaires (N=21), et **2-** des entretiens individuels (n=49).

Les sources documentaires servent à situer l'enjeu de la migration et de l'adaptation des services de santé au niveau des archives gouvernementales, ministérielles et de l'agence régionale mais aussi au niveau local, c'est-à-dire au niveau des CSSS et des organismes communautaires partenaires et intervenant auprès de personnes migrantes. Cette recherche exhaustive de documentation a permis d'étoffer les ressources transmises par les participants aux entrevues. Ces sources documentaires nous ont permis par exemple de saisir ce que l'Environnement sollicite de la part de chacun des CSSS étudiés.

Des entrevues semi-dirigées (N=49) ont été réalisées auprès de professionnels (champ opérationnel), de gestionnaires (champ tactique) et d'administrateurs (champ stratégique) (Tableau 1). En termes d'échantillonnage, nous avons utilisé deux méthodes : échantillonnage stratifiée et « boule de neige ». La méthode « boule de neige » a été utilisée pour les entrevues avec les acteurs des Environnements et nous nous sommes servis du principe de saturation des données pour convenir de la fin de notre terrain de recherche (Glaser & Strauss, 1967; Poupart et al., 1997; Strauss & Corbin, 1998).

Enfin, il a été tenu tout au long du terrain un *journal de bord* détaillant précisément l'ensemble du processus de recherche (anecdotes, réflexions personnelles de la chercheure, événements spécifiques, etc.) (Copans., 1999). Cela permet de retracer l'ensemble des activités effectuées par la chercheure et constitue une aide précieuse lors de la rédaction finale.

Ces sources d'informations ont fourni l'ensemble des données nécessaires à l'analyse des concepts étudiés. Une fiche « synthèse » a été élaborée pour chacune des entrevues (Miles & Huberman, 2003). Chacune des fiches synthèses a été transmise aux répondants correspondants du CSSS1 afin qu'ils puissent valider et confirmer le tout. Étant donné que l'ensemble des fiches synthèses était conforme pour l'ensemble des répondants, nous avons

postulé qu'il n'était pas nécessaire de faire la même démarche auprès du CSSS2. Le CSSS1 fut choisi pour des raisons pratiques : les entrevues y furent finies en premier.

De plus, aux mois de septembre et décembre 2011 se tinrent des rencontres à l'Agence Régionale et à l'organisme communautaire 1. Plusieurs répondants des deux CSSS étaient présents, soit directement soit par visioconférence. Les analyses et les premiers résultats de la recherche furent présentés. Des discussions s'en suivirent, et les répondants étaient satisfaits qu'une telle démarche ait eu lieu. Ces étapes de restitution ont permis, tout le long de l'étude, un retour d'informations et une transparence vis-à-vis des répondants, accentuant la *validité interne* et la *crédibilité* de l'étude (Poupart et al., 1997).

Enfin, le protocole de recherche a répondu favorablement à l'ensemble des critères de deux comités d'éthique.

Instruments

Une grille d'entrevue individuelle a été construite afin de couvrir l'ensemble des concepts et des dimensions du cadre conceptuel proposé. La grille d'entrevue étant flexible, nous l'avons adaptée pour chacun des groupes d'acteurs interrogés. Le schéma de cette grille suit trois points en lien avec les objectifs de la recherche globale, à savoir : **1.** Identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard de personnes migrantes ainsi que les interactions que ces acteurs entretiennent entre eux; **2.** Cerner les leviers d'action qui facilitent ou entravent l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux auprès de personnes migrantes. Et **3.** Analyser quels sont les facteurs d'influence de l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux de deux CSSS, particulièrement pour les services infirmiers de première ligne, à l'égard de personnes migrantes. De plus, nous avons demandé aux différents acteurs d'émettre des idées ou des stratégies qui selon eux seraient utiles au processus d'adaptation de la gouvernance. Les entrevues ont été enregistrées, avec la permission des participants, afin d'en faciliter la retranscription.

Stratégies d'analyse

L'analyse et la collecte se sont faites simultanément et comportaient des aspects itératifs au niveau de la codification et de la catégorisation, ce qui a permis un ajustement des

guides d'entrevues. Une fois les entretiens retranscrits, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner version 3.2 (2010) pour saisir les données et en faciliter l'analyse.

Une première phase consista à répertorier les unités de sens correspondant aux codes (descriptifs, interprétatifs et explicatifs) et à caractériser des concepts de base permettant de mettre en exergue des patterns d'explication émergents. Une seconde phase consista à modéliser les dimensions (leviers d'action) pour chacun des champs d'action et des niveaux de gouvernances. Nous avons mis en exergue leur influence sur l'adaptation des services et l'influence de leurs contextes respectifs via la mise en relation des différents codes et thèmes trouvés précédemment. Les données ont été réduites (matrices, schématisation des relations, mémos, résumé de cas), ce qui permit de poser des hypothèses d'explications vérifiables à partir des données déjà collectées et celles s'en venant (Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002; Poupart et al., 1997).

Qualité des résultats

L'analyse a suivi deux étapes : une première étape correspondait à une *analyse interne des cas*, c'est à dire par CSSS. Le but visé était de regrouper et synthétiser les modélisations afin d'établir un portrait du centre de santé concernant les dynamiques et les processus autour de l'adaptation des services à l'égard de personnes migrantes. La profondeur de l'analyse de chacun des cas a permis d'atteindre une forte validité interne (Yin, 2009). Les interprétations ont été validées avec des acteurs des différents champs d'action afin de satisfaire le critère de crédibilité (fiche synthèse pour les répondants du CSSS 1 et deux restitutions des résultats préliminaires auprès de plusieurs répondants). De plus, la validation des analyses et des interprétations ont aussi été discutées avec les directeurs de recherche de la doctorante.

La seconde étape consista en une *analyse transversale des cas* qui permit de comparer les deux CSSS afin de dégager des constats plus larges sur les différents niveaux de gouvernances. Pour cela, la recherche de liens explicatifs a été privilégiée afin de mettre à jour les mécanismes sous-jacents au processus d'adaptation (Poupart et al., 1997).

5.1.5 Résultats

Les résultats présentés identifient les différents acteurs impliqués dans la gouvernance et font ressortir la dynamique entre ces mêmes acteurs de la gouvernance. Lorsqu'il est question de l'adaptation de la gouvernance des organisations de santé auprès de personnes migrantes, elle n'est ni linéaire, ni hiérarchique.

Répondre à notre objectif, qui est « *d'identifier les acteurs de la gouvernance impliqués et leurs interactions, dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes* ainsi que les interactions que ces acteurs entretiennent entre eux », nous permet de mieux comprendre ce genre de dynamique. À des fins d'analyse, nous présentons nos résultats en répondant aux trois propositions de recherche découlant du cadre conceptuel (Figure 1).

5.1.5.1 Synthèse de la proposition 1

La proposition 1 (P1) consiste à comprendre si les défis de la prise en charge de personnes migrantes se rencontrent avant tout au niveau clinique, entre le professionnel et la personne migrante. Si tel est le cas, chacun des acteurs s'**auto-organise de manière individuelle** et les adaptations sont **hétérogènes** et se règlent au cas par cas.

À la lumière de nos résultats, que ce soit pour le CSSS 1 ou le CSSS2, il apparaît que les défis liés à la prise en charge des personnes migrantes se rencontrent avant tout au niveau clinique, entre le professionnel et le patient. L'adaptation se passe dans les deux cas de manière émergente, puisqu'aucune directive n'est donnée par l'organisation. Tout repose sur les acteurs opérationnels uniquement.

« Je pense que les intervenants font des petits miracles pour..., mais qu'ils sont pas très..., qu'ils ne sont pas très soutenus finalement... »

Acteur stratégique, Sphère clinique, CSSS1

« À part des gens qui vont nous aider à mieux traduire les besoins des gens, ça s'arrête là. Puis on n'a pas de... non, pas d'information particulière sur comment se comporter par exemple, avec tel, tel... C'est plus à la tire, c'est

plus vraiment si la situation se produit, puis que le problème est soulevé, à ce moment-là, là il faut chercher à qui on peut s'adresser pour avoir le soutien. Mais à part de ça, non, il n'y a pas d'autre... c'est au fur et à mesure qu'on a à recevoir ces clientèles-là que on découvre des choses sur lesquelles : « ça ça existe... »

Acteur stratégique, Sphère clinique, CSSS 2

« Sinon il faut qu'elle (intervenante : travailleuse sociale ou/et infirmière) fasse elle-même ses démarches pour trouver est-ce que la ressource peut offrir ce type de services là, de quel niveau, est-ce que ça peut répondre aussi aux différences culturelles... C'est beaucoup selon des cas par cas. On va faire ça, ils sont en train de s'en monter un, pas pire, eux-mêmes de dire : « moi, j'ai déjà eu ça, cette problématique-là, tu peux appeler à tel endroit, ils donnent le soutien qu'il faut ».

Acteur stratégique, Sphère clinique, CSSS 2

Il ressort de l'analyse du CSSS1 que les interactions sont diverses, et non linéaires. Les acteurs opérationnels sont des acteurs adaptant leurs pratiques continuellement pour pallier aux besoins de populations migrantes. Le rôle *d'advocacy* des infirmières est mentionné comme un vecteur d'adaptation, permettant la liaison entre les autres membres de l'équipe impliqués autour d'un cas. Elles sont, pour le programme A, des intervenantes pivots en première ligne, faisant le suivi et les prises de contact quand nécessaire. Cependant, les pratiques adaptatives restent au niveau du cas par cas et sont hétérogènes au sein de ce programme. Il n'y pas d'action organisée ou systématique, si ce n'est dans les programmes cibles tels que le programme de Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).

« Je pense qu'on y va par... l'équité. Comme on disait tout à l'heure, il y a pas de budget, on ne reconnaît pas que ça prend plus de temps, etc., je pense que les intervenants font tout leur possible pour donner le meilleur, mais au bout de la ligne ils ont des... les normes à respecter puis tant de visites à domicile par jour, tant de patients par jour, ça fait que je ne suis pas certaine... Il faudrait..., je pense que quand on a des programmes spécifiques, des cibles spécifiques, tout ça là est imbriqué, puis on a des stratégies, puis on a des..., là on fait comme... un peu..., il n'y a pas de plan, il n'y a pas de..., on y va... comme on pense »

Acteur stratégique, Sphère clinique, CSSS1

Si le rôle infirmier est tout autant mis de l'avant, le travail en collaboration est plus développé afin de permettre une auto-organisation intra-programme comme le mentionne un acteur du programme B. Cependant, cette auto-organisation est intra-programme et intra-champ, s'appuyant sur les expériences et connaissances des acteurs opérationnels seulement.

« Mais sinon, c'est nous-mêmes qu'on doit appeler, que ce soit sur n'importe quoi [...] Donc, c'est vraiment nous autres qui faisons toutes les démarches, puis si on ne sait pas que c'est comme nous autres, on aurait peut-être passé à côté de quelque chose »

Acteur Opérationnel, Sphère Clinique, CSSS1

Pour le CSSS 2, l'auto-organisation hétérogène est courante au niveau opérationnel dans chacun des trois programmes. Il existe cependant au sein des programmes A et C une auto-éco-organisation plus structurée, qui émerge des acteurs opérationnels essentiellement. En effet, si des programmes particuliers comme le programme SIPPE existent et sont formalisés à l'ensemble des CSSS au Québec, il n'existe pas pour autant des directives ou des indications précises et formelles quant à la prise en charge de personnes migrantes. L'adaptation, si elle doit se faire, provient des actions organisées par les acteurs locaux directement concernés : dans le cas présent, ce sont les acteurs opérationnels des programmes A et C typiquement.

« On s'est informé pour savoir si ça existait, oui. Mais c'est nous qui faisons les démarches pour ça. Mais c'est sûr que si on a des textes à remettre aux parents..., je sais qu'à un moment donné, avec notre..., on a une organisatrice communautaire qui est dans notre équipe SIPPE et elle nous disait qu'il y avait un budget qui était alloué pour pouvoir faire faire de la traduction de textes, ça fait qu'à ce moment-là on peut en faire la demande »

Acteur opérationnel, Sphère clinique, CSSS 2

« Bien, il y a les rencontres prénatales qu'on a, mais c'est sûr que la clientèle, quand ils parlent pas français, ils peuvent pas y aller, ça fait que nous, on peut..., les infirmières de l'équipe SIPPE, pour ce qui est du prénatal, on va à domicile et on va faire un cours prénatal à domicile »

Acteur opérationnel, Sphère clinique, CSSS 2

« Avec la table de concertation de la petite enfance, on a mis en place une agente de liaison entre les familles qui arrivent. C'est souvent des familles de réfugiés qui ont beaucoup d'enfants. Et pour leur présenter tous les services du CLSC et les services communautaires aussi, et puis ça fonctionne »

Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2

Par contre, en ce qui a trait au programme B, si l'auto-éco-organisation est présente dans les services de première ligne, les services hospitaliers, quant à eux, fonctionnent en silos, se basant essentiellement sur le cas par cas hétérogène et sur les capacités individuelles de chacun des intervenants opérationnels.

« C'est important de laisser leur contact avec eux (...) Ce sont des choses qu'on va faire en plus qu'on ne ferait pas pour quelqu'un d'autre qui n'a pas de problème de langue là pour permettre qu'elle ne se sente pas démunie et qu'elle ne se sente pas vulnérable »

Acteur Opérationnel, Sphère Clinique, CSSS2

« On y va à tâtons »

Acteur stratégique, Sphère Clinique, CSSS2

Les acteurs tactiques et stratégiques voient dans cette gestion au cas par cas « non organisée » une approche positive, étant donné le faible poids démographique des personnes migrantes sur leur territoire.

« Pas assez récurrent pour qu'on puisse faire vraiment quelque chose là-dessus »

Acteur Opérationnel, Sphère Clinique, CSSS2

Selon ces acteurs, l'adaptation « au fur et à mesure » est perçue comme positive puisque facilitant l'adaptation en continu.

La compréhension que nous avons, à partir de la proposition 1, est que si adaptation il y a, elle émerge des acteurs opérationnels de la sphère clinique.

5.1.5.2 Synthèse de la proposition 2

Par la proposition 2 (P2) nous souhaitons appréhender si les marges de manœuvre et les apprentissages par essais-erreurs des acteurs sont favorisés par des **boucles de rétroaction** tout au long du processus, ou contraints, voire absents de la pratique clinique.

À la lumière de nos résultats, il apparaît que l'adaptation se met en place à partir du moment où l'auto-organisation individuelle est dépassée. Les boucles de rétroactions ainsi que la connectivité entre les acteurs permettent des interdépendances horizontales et verticales, au sein de chacune des sphères(voir figure 1). Du même coup, lorsque l'adaptation reste au stade de la proposition 1, c'est-à-dire uniquement au niveau de la pratique clinique entre le patient et le professionnel, les boucles de rétroactions observées sont soit « isolées » soit absentes du processus. Les actions adaptées restent confinées dans le bureau de consultation. Ni les programmes, ni les sphères et ni l'organisation dans son ensemble ne profitent de l'expertise et des expériences développées pour prendre en charge les patients migrants. La gouvernance multiniveaux ne s'ajuste pas et les acteurs opérationnels restent isolés, à travailler en silos.

Par exemple, dans le programme B du CSSS 1, le rôle de l'assistante au supérieur immédiat (ASI) comme point de référence en termes de transferts de connaissances et d'informations y est majeur. Son rôle permet des rétroactions « organisées », via des liens privilégiés avec les acteurs opérationnels et tactiques de ce programme, facilitant une proximité et des rétroactions rapides et régulières.

« Comme elle [ASI] est très proche des équipes du terrain, elle gère les équipes de terrain, elle est capable d'avoir le feedback, puis quand on amène une solution, on l'évalue en équipe aussi, en réunion d'équipe. À chaque six semaines, on se réunit, puis on a identifié justement des problématiques comme ça, puis on a trouvé des solutions aussi comme ça. Justement, en disant : « regarde, toi, tu es haïtienne, c'est génial ce que tu as fait la dernière

fois ». On se donne cette façon-là de faire, on l'entend, tout le monde, quand on a un client haïtien, on a de la difficulté... on fait ça comme ça, la fille à la réception, on travaille ensemble »

Acteur tactique, Sphère clinique, CSSS1

Par contre, ce type d'action est isolé des autres programmes cliniques et de la sphère administrative. Il n'existe pas de couloirs de communication et d'échanges avec des acteurs extérieurs au programme B concernant l'adaptation des services auprès des patients migrants. Ainsi, l'intégration, la coordination et la continuité des services ne sont pas ajustées en fonction du processus d'adaptation ayant eu cours dans le programme B. Le manque d'échange et de connectivité intra-programme joue en la défaveur de l'adaptation. Il est difficile par la suite de développer une adaptation fractale inter-programme et inter-niveaux.

D'un autre point de vue, le rôle des Conseillères de la DSI et celui des Organismes communautaires (OC) sont mis de l'avant comme étant des *acteurs de connectivité*, soit entre les connaissances et les pratiques cliniques, soit entre les ressources externes et les intervenants. Ce sont des acteurs jouissant d'une forte crédibilité auprès de l'ensemble de l'organisation, principalement dans la sphère clinique et à travers les trois champs d'action.

« Pour moi, c'est une clé, alors moi je vois aussi mon rôle de permettre aux organismes d'avoir accès aux intervenants du CSSS parce que l'inverse est plus compliqué, plus difficile »

Acteur opérationnel, Sphère Clinique, CSSS1

« La Conseillère, elle se promène [...] [52:04] elle entend, elle entend les clients, elle entend l'équipe, elle est aux tables de la gestion, puis elle doit identifier les meilleures pratiques et les faire descendre. Former, écouter,... c'est son mandat de toute manière, cogner à toutes les portes puis tous les bureaux : « on a ce problème-là avec nous »

Acteur tactique, Sphère clinique, CSSS1

Par un jeu de connectivité, d'échange et d'apprentissage, ils facilitent l'auto-éco-organisation de plusieurs programmes (A et C notamment), et agissent comme des acteurs *déclencheurs* d'une adaptation fractale (autosimilarité). À travers ces *acteurs de connectivité* circulent les enjeux entourant la prise en charge des patients migrants et l'adaptation organisationnelle à ce type de patientèle.

« Bien moi, je pense que c'est juste une question d'ouverture. Il faut que dans nos valeurs, en tout cas, au niveau du CSSS, on essaie d'être ouvert, transparent, et ça, je pense que c'est un atout..., peut-être que le seul lien manquant, ce serait des gens de la communauté qui viendraient rencontrer des responsables des équipes soignantes, des équipes qui travaillent sur le CSSS, pour se faire connaître, pour mieux définir leurs besoins... Ça, ça aiderait beaucoup »

Acteur stratégique, Sphère clinique, CSSS1

Le processus d'adaptation devient le même phénomène quel que soit la sphère ou le champ d'action où l'on se trouve.

« Le CA, il a une particularité, moi je pense, dans notre secteur, il a une particularité, au niveau des clientèles migrantes ou immigrantes, il faut, regarde, il faut que ce soit à tous les niveaux de l'organisation, mais en partant d'en haut, donc le mode de gouvernance »

Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1

« Des types de stratégie... ben là, moi j'en parlais tantôt, regarde, j'en vois des stratégies, je pense qu'on ait un comité interne, ça en est une. Moi je pense que c'est une belle stratégie de dire qu'il va falloir se donner un plan d'action, on va pouvoir réviser, on va avoir des échéanciers, on va avoir des objectifs »

Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1

L'adaptation fractale enclenchée est alors supportée par une structure fractale. Dans le cas du CSSS1, l'appui des acteurs stratégiques cliniques, et indirectement des comités de direction, est sans conteste un des piliers de cette structure fractale. Ces acteurs deviennent ici des acteurs récepteurs et de support aux *acteurs de connectivité*.

Dans le cas du CSSS2, les rétroactions sont plus « isolées », voire en silos puisque structurellement parlant, le CSSS, bien que fusionné, est scindé en deux avec d'un côté la

première ligne et de l'autre le centre hospitalier. Les contacts entre les deux structures concernant ce type de patients sont rares. Ainsi, lorsque des adaptations se font, elles restent au niveau du cas par cas et des actions hétérogènes. Par exemple, la mise en place d'équipes auto-éco-organisées est difficile au sein du programme B.

« On y va par essai-erreur »

Acteur stratégique, Sphère Administrative, CSSS2

« L'essai-erreur c'est épuisant, c'est épuisant travailler comme ça, pour la personne puis pour nous, des 2 pôles »

Acteur opérationnel, Sphère clinique, CSSS 2

Par contre, les programmes A et C travaillent de concert, évitant ainsi les redondances et permettant une variabilité minimale entre les services rendus.

« Je pense qu'on peut être une sorte de catalyseur. On est bien placé à cause de nos mandats communautaires, on connaît bien la communauté on connaît bien les organisations comme [Organismes communautaires 2], on a donc... la santé publique et l'action communautaire sont donc au cœur de la communauté et on peut donc, dans ce sens-là, avoir un rôle je dirais, de... quasiment de révélateur. Un rôle privilégié dans le... dans le sens de nommer ou connaître ces réalités et les porter à l'attention d'autres secteurs de l'organisation qui sont moins proche et qui ne les verront pas tant qu'il n'y a pas un cas qui va se présenter... on n'est pas obligé d'attendre une catastrophe pour se rendre compte que sur notre territoire on doit se préoccuper de ces communautés »

Acteur Tactique, Sphère Clinique, CSSS2

Dans le même temps, plusieurs acteurs stratégiques, en raison du faible poids démographique des populations migrantes, abondent dans le sens du cas par cas et de l'auto-organisation hétérogène comme solution pour s'adapter. Contraignant du même coup le déclenchement d'une adaptation fractale élargie puisqu'aucun acteur du champ stratégique ne devient acteur récepteur et de support. Il n'y a pas dans ce cas de gouvernance multiniveaux

fonctionnelle. L'adaptation, bien qu'existant dans certains programmes, reste un processus isolé par manque de connectivité et de cohérence entre les acteurs des différents champs.

À partir de la proposition 2, nous comprenons que suite à l'émergence de l'enjeu de l'adaptation via les acteurs opérationnels, il est nécessaire que des jeux de connectivité, d'échange et d'apprentissage se développent entre les acteurs des mêmes programmes, des mêmes sphères et entre chacun des champs d'action. Le déploiement de boucles de rétroactions « organisées » et non « isolées » facilite l'auto-éco-organisation des acteurs et du champ d'action auquel ils appartiennent.

5.1.5.3 Synthèse de la proposition 3

La proposition 3 (P3) tente de comprendre comment les professionnels, pour dépasser le cas par cas, s'auto-éco-organisent et interagissent avec les acteurs des sphères clinique, administrative et ceux de l'Environnement. Dans une logique moins individuelle que l'auto-organisation, et plus intégrée, ils partagent et exploitent leur savoir (contexte et situation des besoins) et leur savoir-faire (adaptations hétérogènes) avec les acteurs des différents champs d'action (opérationnel, tactique ou stratégique) intra-programme et intra-sphère ainsi que ceux de l'Environnement.

À la lumière de nos résultats, il apparaît que l'auto-éco-organisation quoique non généralisée aux CSSS dans leur ensemble, se réalise au sein de plusieurs programmes étudiés. En effet, chacun des deux CSSS a des mécanismes d'adaptation au cas par cas et hétérogènes. Les acteurs de la sphère clinique, notamment opérationnels, font preuve d'ingéniosité et d'innovation pour adapter au mieux leurs pratiques, malgré le manque de balises organisationnelles et cliniques.

« Aussi, dans les cliniques Amis des Bébé, j'allais dire que les organismes communautaires vont venir faire la diffusion de leur programme, donc la clientèle, on a, le vendredi après-midi... par exemple, on a une quarantaine de mamans qui viennent à toutes les semaines, donc à ce moment-là, ça fait diffuser vraiment c'est quoi cet organisme-là, à quoi ça sert, donc il y a plus de gens qui vont aller voir. Donc, on a pu prendre connaissance, puis faire la

diffusion. Puis, c'est là que j'ai eu l'idée de les inviter aux cliniques pour faire la diffusion de leur programme »

Acteur opérationnel, Clinique, CSSS1

Cependant, la connectivité entre les acteurs se déplace de l'intra-programme vers l'inter-programme, sans omettre les relations inter-champs. Ce qui se traduit par une communication accrue entre les acteurs autour de l'enjeu de l'adaptation des CSSS.

« C'est une nouvelle philosophie de gestion, les comités de direction hebdomadaires étaient administratifs; maintenant (...) une sur deux, c'est clinique et lorsque c'est clinique, les intervenants sont invités à aller présenter des dossiers (...) Moi je suis allé présenter l'immigration. À la fois, les gens disent : moi je veux être au courant, de connaître ces choses-là, et on sent cette perméabilité-là et ça, ça donne de l'oxygène (...). Lorsqu'on sent cette perméabilité-là des dirigeants supérieurs de l'organisation, c'est rafraîchissant et intéressant »

Acteur opérationnel, Clinique, CSSS1

L'émergence des Comités Migration, propre à chacun des deux CSSS à l'étude, en est un exemple. Les interactions à l'interne des CSSS (champs d'action et sphères) ainsi qu'à l'externe, avec les acteurs de l'Environnement (organismes communautaires, Agence régionale et ministères), montrent que plusieurs réseaux sont créés, souvent émergeant du terrain, et repris par la suite aux niveaux tactique et stratégique. Certaines par contre restent au niveau opérationnel ou tactique sans se rendre au niveau stratégique.

Reprenant l'exemple du Comité Migration dans le CSSS 1, les liens entre l'organisme communautaire 1 et le CSSS 1 sont plus nombreux entre les acteurs stratégiques, via le Comité migration, qu'avec les acteurs opérationnels des programmes A et B. En effet, bien que les deux CSSS aient vu émerger dans le même temps un Comité Migration, le CSSS 1 a bénéficié de l'appui d'acteurs placés dans chacun des champs et dans chacune des sphères. Le Comité, bien qu'émergeant de la pratique via le programme C, est supporté depuis le début par un acteur stratégique clinique. Ce qui a permis de rejoindre un plus grand nombre de personnes, tout en faisant connaître ses avancées et ses actions aux comités de direction

(Clinique et Administratif). Ce comité a une voix en la personne de ce directeur, facilitant la connectivité interne inter-champs et inter-sphère (voir figure 1).

« On a un comité qu'on va appeler Immigration (...) et on a décidé de relancer à l'interne, on a amené ça au niveau du comité de direction. On va faire ça, on débute, il me semble c'est avant la fin du mois, on relance, il y aura des gens de tous les secteurs de l'organisation, des services, des gens des ressources humaines pour regarder, puis faire comme un plan pour mieux... même faire un peu notre portrait de situation, puis notre offre de services... »

Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1

De plus, travaillant de concert avec des *acteurs de connectivité*, c'est-à-dire des acteurs engagés dans le processus d'adaptation tels que les organisateurs communautaires, les réseaux externes sont assurés avec les organismes communautaires concernés.

« On a tenu une journée de réflexion ici qui s'est appelée « L'immigration, ça nous concerne », non pas ça nous concerne, mais ça nous concerne. Et là, on a invité 80 organisations, on a invité tout ça. Il y en a 80 qui sont venues, qui sont à la fois des organismes accrédités, mais aussi des organismes qui disent « Moi j'ai de la clientèle immigrante et quelles sont les forces, faiblesses, menaces, opportunités que ça me donne et que ça me crée dans mon organisation et comment mes forces peuvent m'aider à travailler sur tes faiblesses, etc. » (...)c'est par la multiplication du réseautage qu'on va mieux desservir la clientèle quel qu'elle soit »

Acteur opérationnel, Clinique, CSSS1

À travers ce comité se concrétise la fractalisation de l'adaptation, grâce à l'instrumentation de la gouvernance multiniveaux telle que les interactions au sein même du comité ou les postes d'agents de liaison entre le CSSS et la communauté. Ces instruments structurent cette dynamique et jouent de cohérence pour que les actions du comité se répercutent le plus largement possible dans le CSSS 1 et l'Environnement. Il y a un effet multiplicateur des actions des *acteurs de connectivité* puisqu'ils sont relayés au sein du CSSS 1 par des acteurs récepteurs et de support. Ces deux conditions réunies semblent être, comme nous le verrons par la suite, une des clés de l'adaptation fractale.

Par ailleurs, il existe aussi un manque de connectivité que plusieurs acteurs opérationnels et tactiques mentionnent et qui fait paraître certains acteurs stratégiques

« déconnectés », laissant les acteurs cliniques isolés. Les besoins de cohérence et d'homogénéité dans les pratiques et dans les cadres de référence sont présents au sein des trois programmes cliniques. Ces besoins sont aussi reconnus par les acteurs de la sphère administrative.

« Je pense que chacun de ces intervenants, de ces organisations-là, aurait avantage de travailler en partenariat avec tous. On travaille tous en silo, on a des ressources, mais on ne les fait pas connaître de tous. Puis ça serait à l'avantage de tous, de cette grande province-là, d'avoir ça, d'avoir des modèles : « Ça fonctionne chez vous ta recette? Publie là! On va peut-être pouvoir la faire chez nous »

Acteur Tactique-Clinique-CSSS1

Dans le CSSS 2, c'est tout le contraire pour les acteurs opérationnels. Ils recourent de manière systématique à l'organisme communautaire 2. D'après les acteurs de cet organisme eux-mêmes, « *On est la béquille du CSSS 2* ». Ainsi, pour le CSSS 2, les interactions sont directes et horizontales, permettant un lien constant entre les acteurs du CSSS et ceux de l'Environnement, c'est à dire de l'organisme communautaire 2. Les liens les plus forts se font entre les acteurs opérationnels du CSSS 2 et de l'organisme communautaire 2 en matière d'intervention auprès du patient.

« Pour la clientèle, ça peut juste être un plus de travailler de cette façon-là. Oui, en fonction de ce qu'on a comme info, on va adapter notre intervention et c'est la même chose pour l'organisme communautaire 2 aussi, et je pense que la clientèle, en fin de compte, je me répète, elle est gagnante. On travaille étroitement ensemble »

Acteur Tactique, Clinique, CSSS2

Géographiquement, les établissements sont proches les uns des autres, ce qui facilite indéniablement les relations de proximité. Il existe une coévolution partielle entre les programmes A, C et l'organisme communautaire 2. Cependant, cette coévolution se restreint aux acteurs opérationnels, et atteint plus difficilement les acteurs stratégiques, ce qui limite le déploiement d'une adaptation fractale.

« Les organisateurs communautaires font des choses, mais je trouve que ça ne percole pas, ça ne rejaillit pas dans l'organisation tant que ça »

Acteurs Stratégiques, Clinique, CSSS2

En effet, le Comité Migration du CSSS 2, au moment de la collecte de données, était à un stade plus embryonnaire que dans le CSSS 1. Il était porté par des acteurs opérationnels uniquement. Les acteurs tactiques et stratégiques ne souhaitant s'impliquer que lorsque le bilan des besoins serait connu. Il va sans dire que les actions de ce comité ne sont pas portées au niveau des comités de direction, ce qui ne donne pas la même visibilité que dans le CSSS 1. Les acteurs tactiques pensent nécessaire que les acteurs stratégiques s'impliquent davantage, quitte à prendre une tangente plus hiérarchique dans les prises de décisions afin de sortir du statu quo et du palier local. La communication reste verticale entre les acteurs tactiques et stratégiques, sans connectivité avec les acteurs opérationnels. Il existe un décalage à l'interne et à l'externe, puisque n'ayant pas non plus de lien direct avec des acteurs externes tel que l'organisme communautaire 2. Tout comme dans le CSSS1, les organisateurs communautaires sont des *acteurs de connectivité* dans le CSSS2. Cependant, sans le soutien ou la réception des besoins par les acteurs des autres champs d'action, l'effet multiplicateur ne se produit pas. La fractalisation de l'adaptation a besoin non seulement *d'acteurs de connectivité*, mais aussi d'une gouvernance multiniveaux avec des acteurs récepteurs dans chacun des champs d'action. Prise isolément, aucune de ces deux conditions n'est suffisante pour permettre la fractalisation de l'adaptation.

« Il n'y a pas de couloirs de discussion, mise à part l'organisatrice communautaire qui fait affaire. Ça reste très... il n'y a pas de couloirs organisés. En fait, ça prendrait une stratégie plus organisée pour permettre l'adaptation des services, un programme d'adaptation pour assurer la qualité, l'accessibilité, la continuité des services »

Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2

En conclusion, le CSSS2 s'adapte de manière hétérogène au niveau des programmes cliniques, avec une tendance dans les programmes A et C à l'auto-éco-organisation via des outils tels que le Comité migration et le poste d'Agente de liaison avec la communauté. Par contre, le clivage entre l'hôpital et la première ligne reste fort. Au niveau tactique et

stratégique, dans les deux sphères, l'isolement organisationnel du CSSS 2 vis-à-vis de ces homologues régionaux et de l'agence régionale se fait sentir.

« L'Agence pourrait avoir une meilleure influence là-dedans. On est un petit peu face à nous-mêmes. (...) parce qu'on se sent vraiment isolés comme organisation »

Acteur stratégique, Administratif, CSSS2

De plus, les liens bidirectionnels et monopolisés entre le CSSS 2 et l'organisme communautaire 2 ne favorisent pas l'adaptation du CSSS 2, mais tendent plutôt à l'isoler davantage du reste du territoire. La connectivité, même forte, a besoin de diversité minimale (Orton & Weick, 1990). Ce qui n'est pas le cas au sein des différents programmes du CSSS 2.

À travers la proposition 3 nous comprenons que l'adaptation des services dépend du degré d'interaction entre les acteurs à l'interne du CSSS et avec ceux de l'Environnement. Tendre vers un équilibre des interdépendances verticales et horizontales au sein d'une gouvernance multiniveaux permet de fractaliser l'adaptation soutenue à la fois par des structures devenant elles-mêmes fractales et à la fois par des liens de connectivité plus ou moins forts entre les acteurs. Cependant, ces liens se veulent nombreux et diversifiés afin d'obtenir une variabilité minimale entre l'organisation et son Environnement.

5.1.6 Discussion et Conclusion

Dans cet article, nous souhaitons répondre à l'objectif suivant : *identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes et les interactions qu'ils entretiennent entre eux.*

En répondant aux trois propositions de recherche, nous avons vu que les acteurs opérationnels sont les garants de l'émergence de l'adaptation au sein des organisations de santé. D'autant plus s'ils entretiennent dès le départ avec les acteurs de l'Environnement local des interactions nombreuses. Par contre, si cette émergence s'arrête au champ

opérationnel clinique seulement, le processus d'adaptation se matérialise par des solutions au cas par cas, ne permettant pas de tabler sur les expériences de chacun en procédant par des boucles de rétroactions « isolées ». Seules l'auto-organisation hétérogène et l'autonomie des acteurs sont sollicitées. Afin que l'auto-éco-organisation se développe, le support et l'implication des acteurs tactiques et stratégiques sont nécessaires tout comme l'existence *d'acteurs de connectivité*. C'est dans ce contexte que les jeux de connectivité, d'échanges et d'apprentissage prennent de l'ampleur et suggèrent aux acteurs de déployer des boucles de rétroactions « organisées », qu'elles soient inter-champs, inter-sphères et inter-institutions. L'auto-éco-organisation de l'ensemble des acteurs favorise ainsi le déclenchement d'adaptations fractales à travers une gouvernance multiniveaux.

A contrario, lorsque les acteurs stratégiques ne s'impliquent pas dans le processus d'adaptation, l'auto-éco-organisation est plus difficile, ou en tous les cas limitée à quelques programmes, voire quelques équipes professionnelles. Si les acteurs opérationnels et tactiques sont les garants de l'adaptation clinique, ils ne peuvent pas, sans l'appui des acteurs stratégiques, développer d'adaptations fractales. La structure fractale est bancal si le champ d'action stratégique n'est pas impliqué auprès des autres champs. L'équilibre doit être préservé entre l'implication des sphères clinique et administrative.

Dans les deux cas à l'étude, nous pouvons proposer que le CSSS 1 construit une adaptation homogène et auto-éco-organisée grâce notamment à des acteurs cliniques baptiseurs de partenariats et de connectivité. Le CSSS 2, quant à lui, vit une auto-éco-organisation clinique limitée, au sein d'une organisation « isolée ».

En conclusion, les *acteurs de connectivité* sont des acteurs engagés dans le processus d'adaptation. Dans notre étude, les infirmières, les organisateurs communautaires et les conseillères cliniques sont ressortis comme en étant. Cependant, ils doivent aussi être supportés par des acteurs stratégiques, pouvant relier de façon élargie l'ensemble des champs de l'organisation, quelle que soit la sphère d'appartenance. Afin de rendre fractale l'adaptation, deux conditions doivent être réunies : **(1)** la présence d'*acteurs de connectivité*, provenant le plus souvent de la base de l'organisation, à savoir du champ opérationnel; et **(2)**

une gouvernance multiniveaux avec des agents récepteurs et de support dans chacun des champs, permettant ainsi la prise en compte des informations et des actions fournies par les *acteurs de connectivité*. Mises ensemble, ces deux conditions permettent alors un effet multiplicateur de la connectivité et des interactions entre chacun des acteurs, dont ceux de l'Environnement.

Enfin, il est aussi ressorti des résultats que les acteurs tactiques sont des acteurs permettant des boucles de rétroactions « organisées » notamment en termes de *learning*. En termes d'implications pratiques, les gestionnaires désirant que leur organisation s'adapte aux changements démographiques de leur population, devraient sans aucun doute s'orienter en fonction des besoins des acteurs opérationnels, les plus près du terrain. Toutefois, sans contrôler les moyens, ils doivent s'assurer que l'ensemble des acteurs s'implique dans un même *schemata*, clairement établi par le champ stratégique. Une fois le *schemata* collectif intégré aux préoccupations opérationnelles, les acteurs tactiques viennent en support, aidant à développer des liens de connectivité et de connaissances avec les acteurs de l'Environnement. Plus ces liens seront nombreux et diversifiés, plus l'organisation aura de chance de répondre adéquatement aux besoins des populations migrantes de son territoire.

Références

- Anderson, P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *Organization Science*, 10(3), 216-232
- Battaglini, A. (2010). *Les services sociaux et de santé de première ligne face à la pluriethnicité (ss. la direction)*. Montreal.
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H., et al. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate (École et Milieux en santé: Équipe Culture et Migration, Trans.) (pp. 11). Montréal: Direction Santé Publique.
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health*, 96 Suppl 2, S30-44
- Boulais, J. (2010). *La régionalisation de l'immigration au Québec : évolution de 1982 à 2006 des flux et des caractéristiques sociodémographiques*, <http://hdl.handle.net/1866/4289>. (Université de Montréal, Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/4289>
- Brabant, Z. (2008). *Portrait de la situation des migrants à statuts précaires à Montréal: Sans papiers, travailleurs temporaires, personnes victimes de la traite, personnes sous moratoire et autres personnes au statut migratoire précaire*. Unpublished master dissertation, Université de Montréal. Montréal.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 167-173
- Copans., J. (1999). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Nathan Université.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective* Paris: Editions du Seuil.
- Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability. *Health Aff*, 26(5), 1258-1268.doi:10.1377/hlthaff.26.5.1258
- Ford, R. (2010). *Organization Design and Managing Continuous Change: A Complex Adaptive Practice Theory*. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management. Montreal.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldline.
- Gleick, J. (1988). *Chaos : Making a New Science*.
- Glouberman, & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease-- Part II: Integration. *Health Care Manage Rev*, 26(1), 70-84; discussion 87-79
- Glouberman, & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69
- Hayek, F. A. (1948). *Individualism and Economic Order*. Chicago, IL: Henry Regnery Company.
- Holland, J. H. (1995). *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*. Helix Books.
- Lamarche, P., Pineault, R., & Brunelle, Y. (2008). L'obligation de faire des choix difficiles, et même très difficiles. *Document de travail, Université de Montréal, GRIS*

- Leduc, N., & Proulx, M. (2004). Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 6(1), 15-27
- MICC (2007). *La planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010* (ISBN : Version imprimée : 978-2-550-50344-6). Québec: Gouvernement du Québec.
- MICC (2008a). *Portraits régionaux 1997-2006-Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2008*, . Québec. Repéré à <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-etablis-immigrants.html>
- MICC (2008b). *Tableaux sur l'immigration au Québec 2003-2007*. Québec. Repéré à <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-immigration-recente.html>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Miszkurka, M., Goulet, L., & Zunzunegui, M. V. (2010). Contributions of Immigration to Depressive Symptoms Among Pregnant Women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 358-364
- Munoz, M., & Chirgwin, J.-C. (2007). Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42(2), 33-43
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 15(2), 203-203
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628.doi:10.1136/bmj.323.7313.625
- Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaetan Morin ed.
- QDA Miner 3.2. (2010). Logiciel d'Analyse Qualitative pour les Méthodes Mixtes - Provalis Research.
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937.doi:10.1136/jech.2006.054254
- Stacey, R. D. (1995). The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477-495
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (second edition)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wylie, L. (2013). *The complexity of change : an interdisciplinary analysis of health care organizations' responses to ethnic diversity in Vancouver and Montreal*. (University of British Columbia, Vancouver).
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition*. Londres: Sage (1994).
- Zimmerman, B. J., & Hurst, D. K. (1993). Breaking the Boundaries: The Fractal Organization. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 334-355.doi:10.1177/105649269324006

5.2 Voyage à travers la fractalisation d'une gouvernance multiniveaux : des leviers pour s'adapter au sein des organisations de santé (Article 3)

Cet article sera soumis à l'été 2014 au journal Organization Science, sous le titre :

“Journey through the fractalization of multilevel governance: levers for adapt healthcare organizations”

Auteurs:

Lara Maillet, Paul Lamarche, Bernard Roy et Marc Lemire

Résumé

Cet article s'intéresse à la gouvernance multiniveaux appliquée aux organisations de santé. L'objectif est de cerner les leviers d'action permettant d'adapter les services auprès de personnes migrantes. Ce type de population se révèle un excellent cas traceur pour analyser le processus d'adaptation, sa fractalisation et son implication avec l'Environnement.

Il s'agit d'une étude de cas multiples (deux CSSS) avec niveaux d'analyse imbriqués (trois champs d'action : stratégique, tactique et opérationnel). Cette étude a permis d'opérationnaliser les dimensions d'un cadre conceptuel développé à partir des théories de la complexité, de la gouvernance clinique et des réseaux. Nous avons réalisé 49 entrevues semi-directives auprès d'acteurs des CSSS et de l'Environnement.

La dynamique entre les acteurs et leur auto-organisation participent au développement d'une gouvernance multiniveaux. Les interactions internes et externes, avec l'Environnement, montrent la création de réseaux, émergeant du terrain, et repris par la suite aux niveaux stratégiques des organisations. La présence d'*acteurs de connectivité* au sein de l'organisation et de l'Environnement est révélée. Le contexte, les liens de confiance tissés entre les acteurs et la crédibilité des décideurs ressortent comme des facteurs importants.

Mais les *acteurs de connectivité* ne peuvent y arriver sans le support et la contribution des acteurs plus « hiérarchiques ». Huit leviers d'actions ressortent de l'analyse. Nous les avons classés en trois fonctions : administrative, d'habilitation et émergente.

Les leviers des fonctions administrative et émergente ont besoin de leviers de la fonction d'habilitation crédibles et légitimes, pouvant les supporter, afin que l'adaptation se diffuse à travers l'organisation de santé, quels que soient le champ d'action ou le niveau de prise de décision concerné. La fonction fractale permet ce processus, en alliant des *acteurs de connectivité* à la mise en place de *structures de connectivité*.

Mots clés : Gouvernance, Organisation fractale, Adaptation, Services de santé, Étude de cas

5.2.1 Contexte de l'étude

De manière traditionnelle, la stabilité dans les théories des organisations est signe de réussite et de pérennité. Cela vaut aussi dans la vision qu'ont les gestionnaires dans les organisations de santé. Mais aujourd'hui est-il encore envisageable d'appréhender le monde des organisations quel qu'il soit comme un monde stable, uniforme et prévisible? Sur certains aspects peut-être, mais dans le monde des systèmes de santé, il va sans dire que les innovations technologiques, les changements sociodémographiques (vieillesse, migration, dénatalité, conciliation travail-famille, pénurie de main-d'œuvre, etc.) ou les demandes sans cesse plus fortes pour être flexible, adaptable et performant ne permettent pas d'envisager cela de façon traditionnelle. C'est pourquoi une des manières possibles de créer du sens dans leurs actions pour les gestionnaires, les décideurs et les professionnels de santé, est de rester connecté avec leur Environnement (contexte local) et de gérer les tensions au sein de l'établissement, du service ou du réseau. Une approche pour gérer ces tensions est de s'assurer de la diversité de l'organisation par exemple (Zimmerman et al. 1998).

Dans un article précédent, nous avons montré que les interactions entre les acteurs se déroulent souvent au même niveau hiérarchique, c'est-à-dire par interactions horizontales (voir article 2). Dépendamment du contexte et des liens de confiance qui sont tissés entre les acteurs, la proximité entre ces différents niveaux, c'est-à-dire les interactions verticales, est aussi importante lorsque des enjeux tels que celui de l'immigration et de l'adaptation des services émergent du terrain. Si des acteurs de première ligne tels que les infirmières et les organisateurs communautaires sont des *acteurs de connectivité*, ils ne peuvent y arriver sans le support et la contribution des acteurs plus « hiérarchiques ». Pour ce faire, les besoins émanant du terrain doivent être connus et reconnus.

5.2.2 Objectifs

À travers cet article, nous souhaitons « cerner les leviers d'action d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter ou non les services auprès des personnes migrantes ».

Pour répondre à notre objectif et comprendre comment les acteurs des différents champs et sphères d'une organisation de santé, ainsi que ceux de l'Environnement, favorisent l'adaptation des services rendus auprès de personnes migrantes, nous faisons la proposition de recherche suivante :

*« L'adaptation des sphères clinique et administrative, et les champs d'action les composant convergent au moyen de différents **leviers d'action** qui favorisent une intégration, de manière **cohérente**, des pratiques cliniques et administratives entre les professionnels, les gestionnaires, les administrateurs et l'Environnement ».*

Après avoir présenté le cadre de l'étude et la méthodologie, les résultats sont divisés en trois parties : (1) les leviers des fonctions administratives (2) les leviers des fonctions émergentes et (3) les leviers des fonctions d'habilitation. La discussion propose de regrouper l'ensemble de ces leviers, afin de les impliquer dans un cadre de gouvernance multiniveaux propre aux caractéristiques d'une organisation de santé.

Les organisations de santé primaire et l'adaptation

D'après Stroebel et al (2005), lorsque l'on traite des soins de santé primaires selon les sciences de la complexité, l'attention est portée davantage sur la qualité des relations entre les acteurs (interprofessionnelle, professionnelle-patient, administrateur-professionnel, etc.), plutôt que sur les acteurs eux-mêmes. Il existe une sensibilité au fait que les relations entre les différents acteurs sont non linéaires et dynamiques, et par conséquent, donnent lieu à des niveaux élevés de surprises et d'incertitudes. La préoccupation, quant à la connaissance, se base davantage sur l'apprentissage continu et la réflexivité, plutôt que sur le savoir comme une fin en soi. Il est reconnu qu'il existe une interdépendance entre l'organisation formelle et informelle, organisation informelle qu'il est d'ailleurs important de mieux comprendre plutôt que de tenter (en vain) de sous-estimer au profit de l'organisation formelle uniquement. La coévolution du système avec l'Environnement nécessite une attention particulière. Cela ne suffit pas de s'arrêter sur la façon dont le système s'adapte à l'Environnement, mais bien sur la dualité de cette relation. Le concept de diversité est au cœur des théories de la complexité, comme elle est au cœur des organisations de santé, avec les soins primaires comme porte d'entrée du système pour la plus grande partie de la population (Leduc & Proulx, 2004; Jean-Frédéric Levesque et al., 2007; Miedema et al., 2008). Il faut tirer parti de cette diversité entre les différents acteurs pour favoriser l'apprentissage et l'évolution au lieu d'essayer de minimiser ses effets, ou pire, de la nier totalement.

Dans notre recherche, la diversité fait référence à la pluralité d'acteurs au sein de l'organisation de santé (type de profession, de vision, de valeurs et de culture), mais aussi au sein de la société dans son ensemble, notamment en termes de migration. Les patientèles ciblées par notre recherche sont diversifiées sur le plan culturel et il existe une très grande variété au niveau des lieux d'origine de chacun (pays natal, derniers lieux de résidences, etc.).

Aussi, les relations sociales sont multiples au sein des organisations de santé, qu'elles soient binômes (médecin-patient) ou collectives (rencontre d'équipe), elles favorisent la *prise de sens (sense-making)*, l'apprentissage, l'improvisation, et d'autres fonctions qui nécessitent une interaction entre les différents acteurs (Weick & Quinn, 1999; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). Il est admis que tout gestionnaire, professionnel, patient et citoyen est une partie du système lui-même (Begun et al., 2003), et pas seulement un observateur extérieur ou un manipulateur du système. En envisageant les organisations de santé primaire ainsi, les auteurs invitent à changer la manière de les penser en passant d'entités fonctionnant linéairement et relevant de juxtaposition d'évènements uniques ou processuels non reliés entre eux à une manière de penser en termes de *'patterns, interrelated processes and relationships'* (p.440) (Stroebel et al., 2005). Cette conception des relations entre les acteurs est partagée par d'autres auteurs qui les nomment des *'generative relationship'* (Lane & Maxfield, 1996). En effet, établir des relations avec des organismes représentant ou accueillant des personnes migrantes et/ou nouvellement arrivées (organismes communautaires par exemple) peut influencer la volonté des organisations de santé d'adapter leurs services à ce type de patientèle. Ce qui, au sein de processus d'auto-éco-organisation et de coévolution, permet une prise en compte globale de cet enjeu par l'ensemble des acteurs y jouant un rôle, notamment dans la gouvernance.

5.2.3 Méthodologie

Unités et Stratégie de recherche

La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples (deux CSSS) avec niveaux d'analyse imbriqués (trois champs d'action : stratégique, tactique et opérationnel), selon une approche qualitative (Yin, 2009). Le choix de se concentrer sur deux

Centres de santé et services sociaux (CSSS) montréalais plutôt que Montréalais s'est imposé puisque nous voulions nous intéresser au processus d'adaptation dans des établissements plus « novices » en termes d'immigration internationale et de mixité culturelle combinée à la vulnérabilité. L'étude de deux territoires, urbain et semi-urbain, se veut le plus proche possible de cette réalité et en cohérence avec les politiques de régionalisation existantes. La politique de régionalisation ayant cours au Québec (Boulais, 2010), nous voulions comprendre davantage les influences du contexte pouvant s'exercer sur les établissements de santé et leur propension à s'adapter à de nouveaux phénomènes.

Les unités d'analyse (les cas) sont les deux Centres de santé (CSSS1 et CSSS2) connus comme étant les portes d'entrée des services de santé et des services sociaux pour la population, dont les migrants et les nouveaux arrivants font partie (Battaglini et al., 2007; Leduc & Proulx, 2004).

L'étude s'est penchée particulièrement sur trois programmes cliniques : Famille-enfance jeunesse (programme A), Santé physique (programme B), et Santé publique et action communautaire (programme C). Les programmes sont utilisés comme unité d'observation, mais ce ne sont pas des unités d'analyse. Nous les avons choisis en raison de l'importance des contacts avec des personnes migrantes et nouvellement arrivées ainsi que des enjeux les entourant. Plusieurs services administratifs ont aussi été retenus ainsi que deux organismes communautaires (Organisme communautaire 1 et Organisme communautaire 2), très importants au niveau de la Montérégie et de chacun des deux territoires des CSSS à l'étude. Enfin, un acteur de l'antenne régionale du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) fut interrogé. Au total, 43 entrevues semi-directives ont été menées de novembre 2010 à février 2011 inclusivement. Six (6) dernières entrevues (MICC et Organismes communautaires) ont été réalisées en avril 2012. C'était un choix délibéré que d'attendre l'avancement de l'analyse des 43 premières entrevues afin de pouvoir creuser davantage certains thèmes avec les acteurs de l'Environnement. L'ensemble des entrevues fut conduit par la même chercheuse.

Éligibilité et Échantillonnage

Pour la sélection des répondants, nous avons procédé par échantillon stratifié pour les deux CSSS et par échantillon « boule de neige » pour les acteurs de l'Environnement

(Poupart et al., 1997). L'échantillonnage stratifié s'est fait avec l'aide d'un informateur clé dans chacun des CSSS, en choisissant des répondants dans chacun des trois champs d'action. De plus, le rôle de l'informateur clé permettait, pour le champ opérationnel surtout, de cibler les personnes travaillant plus fréquemment avec des migrants et des nouveaux arrivants. Cependant, afin de limiter les biais de sélection, nous avons également ciblé des intervenants ayant moins accès à ce type de patients, afin de saisir aussi dans quelle circonstance la pratique « moins experte » face à la diversité culturelle se vivait de la part des acteurs opérationnels. Il faut noter que tous les répondants, quel que soit leurs champs d'action (opérationnel, tactique ou stratégique) et sphère (clinique ou administrative) d'appartenance, étaient sensibilisés un minimum aux enjeux de l'immigration.

Nous inspirant de Mintzberg (1989), nous avons délimité trois champs d'action : opérationnel, tactique et stratégique. Le champ d'action *opérationnel* représente tous les professionnels de santé, qui pratiquent en clinique et qui sont en lien direct avec les patients (infirmières, médecins, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires). Le champ d'action *tactique* représente la partie managériale et de gestion de l'organisation (infirmière gestionnaire, gestionnaire des ressources humaines (RH) ou des communications et conseillères-cadres). Enfin, le champ d'action *stratégique* représente l'espace « hiérarchique » de prise de décision occupé par les directeurs et les administrateurs-chefs (direction générale, direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, direction clinique, Membres du conseil d'administration, et des trois conseils consultatifs : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Conseil des infirmières et des infirmiers (CII); et Conseil multidisciplinaire (CM)).

Ces trois champs d'action se scindent en deux sphères : l'une clinique, qui se préoccupe des phénomènes reliés à la clinique et aux professionnels, tout en gérant l'interface avec la sphère administrative. Elle est davantage tournée vers le monde du *traitement*, du soin et celui de la *communauté*, tout en s'accommodant à celui du *contrôle* des gestionnaires. La sphère administrative quant à elle gère les phénomènes organisationnels en interface avec la sphère clinique, à laquelle elle est au service, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008). La sphère administrative se réfère à l'ensemble des activités managériales telles que les départements de ressources humaines, de finance et du commissaire local au plainte par exemple.

Les acteurs de l'Environnement provenaient de trois types d'organisations : (1) deux organismes communautaires, ressortant de manière unanime dans les entrevues en CSSS (2) de l'instance régionale de santé, et (3) du Ministère de l'Immigration (antenne régionale). Sur 57 entrevues prévues au départ, seulement 8 personnes n'ont pu se libérer pour y prendre part. Il faut noter que ce sont essentiellement des répondants du champ opérationnel dans le CSSS 1 qui ont refusé de participer. Pour l'anecdote, lors de la prise de rendez-vous pour les entrevues, il était fréquent que les répondants eux-mêmes contactent la chercheuse pour participer. Il y avait un intérêt évident et marqué de la part des acteurs pour le sujet traité par cette étude.

Tableau 5: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères

Site	Champ Stratégique (n)		Champ Tactique (n)		Champ Opérationnel (n)	Refus (n)	Total
	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Clinique		
CSSS1	4	5	3	3	3	6	18
CSSS 2	4	5	2	2	7	1	20
Agence	4		1			1	5
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 1 et 2					5		5
MICC			1				1
Total	22		12		15	8	49

L'analyse des données s'est effectuée à partir des retranscriptions d'entrevues. Nous avons procédé à une analyse par codage, en les classant par thèmes et sous-thèmes provenant soit de notre cadre théorique, soit des données elles-mêmes lorsque le thème se répétait (Miles & Huberman, 2003). Le thème était retenu à partir du moment où au moins trois répondants (tous niveaux confondus) le mentionnait.

Collecte des données

Sources

Deux sources de données ont été utilisées dans cette recherche : **1-**des sources documentaires (N=21), et **2-** des entretiens individuels (n = 49).

Les sources documentaires servent à situer l'enjeu de la migration et de l'adaptation des services de santé au niveau des archives gouvernementales, ministérielles et de l'agence régionale mais aussi au niveau local, c'est-à-dire au niveau des CSSS et des organismes communautaires partenaires et intervenant auprès de personnes migrantes. Cette recherche exhaustive de documentation a permis d'étoffer les ressources transmises par les participants aux entrevues. Ces sources documentaires nous ont permis de saisir ce que l'Environnement sollicite de la part de chacun des CSSS étudiés.

Des entrevues semi-dirigées (N=49) ont été réalisées auprès de professionnels (champs opérationnels), de gestionnaires (champs tactique) et d'administrateurs (champs stratégiques) (Tableau 1). En termes d'échantillonnage, nous avons utilisé deux méthodes : échantillonnage stratifiée et « boule de neige ». La méthode « boule de neige » a été utilisée pour les entrevues avec les acteurs des Environnements et nous nous sommes servis du principe de saturation des données pour délimiter plus précisément le nombre total d'entrevues (Glaser & Strauss, 1967; Poupart et al., 1997; Strauss & Corbin, 1998).

Enfin, il a été tenu tout au long du terrain un *journal de bord* détaillant précisément l'ensemble du processus de recherche (anecdotes, réflexions personnelles de la chercheure, événements spécifiques, etc.) (Copans., 1999). Cela a permis de retracer l'ensemble des activités effectuées par la chercheure et est d'une aide précieuse lors de la rédaction finale.

Une fiche « synthèse » a été élaborée pour chacune des entrevues (Miles & Huberman, 2003). Cette fiche « synthèse » des entrevues individuelles a été transmise aux répondants du CSSS 1 afin qu'ils puissent valider et confirmer le tout. Étant donné que l'ensemble des fiches « synthèses » était conforme pour l'ensemble des répondants, nous avons postulé qu'il n'était pas nécessaire de faire la même démarche auprès du CSSS 2. Le CSSS 1 fut choisi pour des raisons pratiques : les entrevues y furent finies en premier et résumées en premier. De plus, en septembre et décembre 2011 se tinrent des rencontres à l'agence régionale et à l'organisme communautaire 1. Plusieurs répondants des deux CSSS étaient présents, soit directement soit par visioconférence. Les premières analyses et les

premiers résultats de la recherche leur furent présentés. Des discussions s'en suivirent, et les répondants étaient satisfaits qu'une telle démarche ait eu lieu. Ces étapes de restitution ont permis, tout au long de l'étude, un retour d'informations et une transparence vis-à-vis des répondants, accentuant la *validité interne* et la *crédibilité* de l'étude (Poupart et al., 1997). Enfin, le protocole de recherche, déposé en mars 2010, a répondu à l'ensemble des critères de deux comités d'Éthique.

Instruments

Une grille d'entrevue individuelle a été construite afin de couvrir l'ensemble des concepts et des dimensions du cadre conceptuel proposé. La grille d'entrevue étant flexible, nous l'avons adapté pour chacun des groupes d'acteurs interrogés (opérationnel, tactique et stratégique). Nous avons demandé aux différents acteurs d'émettre des idées ou des stratégies qui selon eux seraient utiles au processus d'adaptation des services. Les entrevues ont été enregistrées, avec la permission des participants, afin d'en faciliter la retranscription.

Stratégies d'analyse

L'analyse et la collecte se sont faites de manière simultanée et comportaient des aspects itératifs au niveau de la codification et de la catégorisation, ce qui a permis un ajustement des guides d'entrevues. Pour saisir les données et en faciliter l'analyse, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner version 3.2 (2010). Les données ont été réduites (matrices, schématisation des relations, mémos, résumé de cas), ce qui a permis de poser des hypothèses d'explications vérifiables à partir des données déjà collectées et celles s'en venant (Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002; Poupart et al., 1997).

Pour analyser les données et répondre à notre objectif qui consiste à « cerner les leviers d'action d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter ou non les services auprès des personnes migrantes », nous avons identifié, à partir de la littérature, quatre leviers d'action : Structure, Politique, Ressources et *Schemata* (P. Anderson, 1999; Arford & Zone-Smith, 2005). La codification et l'analyse des entrevues en a fait ressortir quatre autres : la « Communication », la « Connaissance », le couplage (*coupling*) ou degré d'influence, et la « Connectivité ». Il y a donc au final huit leviers d'action pour analyser la proposition de recherche (Tableau 6). La plupart sont à la fois des leviers favorables à

l'adaptation et dans le même temps contraignant. Néanmoins, l'ensemble des répondants s'accorde pour les trouver nécessaires qu'elle qu'en soit la finalité.

Pour analyser ces huit leviers d'action, nous les avons regroupés en trois grandes fonctions, inspirées des travaux de Uhl-Bien, Marion and McKelvey (2007) : **1.** les fonctions « administratives », traditionnelles et bureaucratiques, sont ancrées dans une vision de contrôle et de gestion hiérarchique. Elles sont utilisées de manière formelle. On y retrouve souvent les leviers de structure, de politique et de ressources; **2.** Les fonctions « émergentes » misent sur des actions et des dynamiques informelles, qui ne sont ni sous le joug d'une position d'autorité ni hiérarchique. Elles sont insufflées par des acteurs provenant le plus souvent du champ opérationnel, favorisant d'autant plus les actions créatives, apprenantes et basées sur les besoins des intervenants et des patients. On y retrouve principalement les leviers de *schemata* et de couplage (*coupling*); **3.** Les fonctions « d'habilitation » permettent à l'organisation de s'adapter de manière optimale, souvent par résolution de problème et par apprentissage. Ces fonctions favorisent le rapprochement entre les fonctions administratives et émergentes. Elles peuvent être de nature formelle ou informelle. On y retrouve souvent les leviers de communication, de connectivité et de connaissances.

Il faut rappeler que les leviers, bien que classifiés en trois fonctions, sont par nature impliqués dans l'ensemble du processus d'adaptation. Ainsi, la fonction administrative peut comprendre des leviers des fonctions émergentes ou d'habilitation et inversement. Cependant à des fins d'analyse, il est plus aisé de rendre compte des principaux leviers selon les trois grandes fonctions établies et permettre une meilleure opérationnalisation des résultats.

Qualité des résultats

L'analyse a suivi deux étapes : une première étape correspondait à une *analyse interne des cas*, c'est à dire par CSSS. Le but visé était de regrouper et synthétiser les modélisations afin d'établir un portrait du CSSS concernant les dynamiques et les processus autour de l'adaptation des services à l'égard des migrants et des nouveaux arrivants. La profondeur de l'analyse de chacun des cas a permis d'atteindre une forte validité interne (Yin, 2009). Les interprétations ont été validées avec des acteurs des différents champs d'action afin de satisfaire le critère de crédibilité (fiche « synthèse » pour les répondants du CSSS1 et deux restitutions de résultats préliminaires auprès de plusieurs répondants des deux

CSSS, de l'Agence régionale et des Organismes communautaires). De plus, la validation des analyses et des interprétations ont aussi été discutées avec les directeurs de recherche de la doctorante.

La seconde étape consista en une *analyse transversale des cas* qui permet de comparer les deux CSSS afin de dégager des constats plus larges sur les différents niveaux de gouvernances. Pour cela, la recherche de liens explicatifs a été privilégiée afin de mettre à jour les mécanismes sous-jacents au processus d'adaptation (Poupart et al., 1997).

Tableau 6: Définitions des leviers d’actions d’après notre cadre conceptuel (A1) et ceux émergeant directement de l’analyse des données

Leviers d’Action	Définitions
Structure	Rôles et fonctions d’acteurs définis officiellement par l’organisation dans l’adaptation des services à l’égard de personnes migrantes.
Politique	Existence, connaissance et mise en place de principes, de normes et de règles explicitent quant à l’adaptation des services de santé.
Ressources	Trois types de ressources : Ressources Humaines : effectifs humains particuliers pour offrir des services adaptés; Ressources Financières : priorité accordée, ou non, aux besoins de services en matière de prise en charge de personnes migrantes, tout en tenant compte des contraintes internes et externes; Ressources temporelles : prise en compte, par les gestionnaires cliniques et administratifs, de l’allocation des ressources humaines et financières pour du temps supplémentaire nécessaire aux professionnels pour s’auto-éco-organiser de manière à évaluer, orienter et suivre des patients vulnérables tels que certains patients migrants.
<i>Schemata</i>	Structure cognitive qui détermine l’action de l’acteur prise au temps t, avec sa perception de l’Environnement au temps t-1. Caractéristique individuelle et hétérogène, relevant du processus d’auto-organisation. Si partagé par différents acteurs, le <i>schemata</i> peut être collectif à l’échelle d’un service ou de l’organisation.
Communication	Dispositifs d’informations mis en place pour recueillir et tenir informer l’ensemble des acteurs (indicateurs, évaluation, résultats) au sujet des types de patientèles desservies et des différentes adaptations clinique et/ou administrative ayant cours au sein de l’établissement (en termes d’évaluation, d’orientation et de suivi des patientèles par exemple) Divulgation et promotion de moyens tels qu’une banque d’interprètes, du matériel didactique adapté et traduit, etc. Ce levier peut être employé de manière formelle ou informelle.
Connectivité	Lien établi autant de manière temporelle et spatiale entre les acteurs d’une organisation et avec ceux de l’Environnement (Stacey, 1995). Le nombre d’interactions et de connexions entre les acteurs est plus important que la force ou la faiblesse des liens eux-mêmes : plus il y a de liens, plus ils sont diversifiés de manière aléatoire entre liens forts et liens faibles. Ce levier s’utilise de manière formelle et informelle.
Connaissance	Levier faisant appel à l’expertise, l’apprentissage et le savoir des différents acteurs à propos des enjeux de l’immigration, de l’adaptation et de la pratique auprès de telle patientèle.
Couplage	Influence de certains acteurs sur d’autres acteurs. Cette influence n’est pas définitive et peut varier dans le temps et dans son intensité. Elle ne dépend pas nécessairement du rapport d’autorité entre les acteurs. Des couples d’acteurs se forment, parfois proches (<i>tighted coupled</i>) et parfois lointains (<i>loosed coupled</i>) (Dubinskas, 1994:363-364).

5.2.4 Résultats

Proposition de recherche : L'adaptation des sphères clinique et administrative, et les champs d'action les composants convergent au moyen de différents **leviers d'action** qui favorisent une intégration, de manière **cohérente**, des pratiques cliniques et administratives entre les acteurs de l'organisation et ceux de l'Environnement.

5.2.4.1 Les leviers d'actions de la gouvernance multiniveaux

1.1 Les leviers de la fonction administrative

La fonction administrative rassemble les leviers formels c'est-à-dire les leviers structurels, politiques et de ressources principalement, mais pas exclusivement. À la suite de l'analyse des données, six leviers principaux sont ressortis comme appartenant davantage aux fonctions administratives.

1.1.1 Levier de Structure : Désignation d'un porteur officiel du dossier

Si les acteurs de connectivité se retrouvent principalement dans le champ opérationnel (Organisateurs communautaires et infirmières), il ressort que la désignation officielle d'un porteur de dossier ou d'une personne référence pour le dossier « adaptation et migration » est majeure. En effet, il existe aux yeux de tout un interlocuteur privilégié. Il est important que cet acteur, ou groupe d'acteurs (tel que le programme C par exemple) soit crédible de par leur connaissance du dossier, de leur réseau avec l'Environnement et de leur intérêt marqué pour l'enjeu traité. Sur cette crédibilité bâtie se juche une légitimité, rendue possible par la reconnaissance de ce rôle par les acteurs stratégiques.

« Comme je vous dis, d'avoir un porteur de dossiers, mettons que pour moi, chez nous, pour le CSSS 2 une personne qu'on peut se référer. Justement, on le sait, c'est elle qui a la banque si on a besoin de traducteurs, si on a un problème avec une famille, on ne sait pas trop, pour que ça fonctionne, ça prend un porteur de dossiers qui est facilement joignables, qui est en lien avec les personnes importantes dans le communautaire, qui travaille avec le communautaire »

[Acteur stratégique, Agence]

« Il est nécessaire d'avoir un porteur (du dossier), un minimum de ressources, et de l'imputabilité. Aussi c'est la bonne volonté, il faut quelqu'un de responsable. Il faut aussi qu'il y ait des contrats »

[Acteur Tactique, Clinique, CSSS2]

Dans le cas du CSSS 1, le porteur du dossier est collectif. Il s'agit des programmes A et C, en la personne de leur directeur commun. Cependant, si les liaisons avec les acteurs stratégiques passent par lui, l'ensemble des activités, dont la gestion du Comité interne, est délégué à un acteur opérationnel reconnu comme « très impliqué » auprès des personnes migrantes. Le rôle de « porteur » est partagé entre l'acteur stratégique et l'acteur opérationnel, impliqués dans leur champ d'influence respectif.

« Les organisateurs communautaires, ils peuvent être influents, parce qu'ils voient des choses, ils entendent des choses, ils peuvent nous dire : « Écoutez. Pensez à telle chose » »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

« C'est sûr qu'il y a une préoccupation par rapport à ce type de clientèle là, particulière, et normalement, si je regarde, comme là le... comité est piloté par un organisateur communautaire, mais justement les organisateurs communautaires, normalement, ont toujours les réflexes, ils sont très resautés, ils travaillent beaucoup ensemble, alors à mon avis ça devrait pas poser de problèmes »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1]

L'acteur opérationnel offre une crédibilité au dossier aux yeux des acteurs internes et ceux de l'Environnement. Tandis que l'acteur stratégique apporte une légitimité via sa position hiérarchique. Il permet un accès direct aux directions cliniques et administratives.

1.1.2 Leviers de structure : Représentation des migrants sur les conseils d'administration (CA) et les comités d'usagers

En terme administratif, en plus de la symbolique qui y est rattachée, la demande pour une représentation sur le CA de groupes des communautés culturelles et migrantes est un levier intéressant selon plusieurs répondants. Dans le CSSS 1, ce levier fait partie du plan d'action émanant du Comité interne en migration. Dans le CSSS 2, nombreux sont les répondants ayant pointé ce type de levier comme fait tangible des efforts d'une organisation pour s'adapter à son Environnement et prendre en compte les personnes issues de l'immigration. Cependant, plusieurs ont aussi mentionné qu'il restait beaucoup de travail à faire avant d'arriver à une telle action.

« Il pourrait y avoir, comme je vous disais, une place réservée dans les conseils d'administration des établissements, pour un représentant de populations, un ou deux représentants de populations immigrantes, pourquoi pas. Donc on réserve des places pour être certains qu'ils soient bien représentés (...) Prendre le pouls puis avoir un poids dans les décisions »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS2]

« Le CA, il a une particularité, moi je pense, dans notre secteur, il a une particularité, au niveau des clientèles migrantes ou immigrantes, il faut, regarde, il faut que ce soit à tous les niveaux de l'organisation, mais en partant d'en haut, donc le mode de gouvernance »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1]

Dans cette dernière citation, on perçoit aussi que ce levier en est un de structure mais il rejoint aussi les leviers politique et de connectivité, d'où la non exclusivité des catégories présentées mais bien leurs interdépendances.

1.1.3 Levier de Structure : Implication de l'Agence régionale de santé

L'implication de l'Agence régionale dans le dossier spécifique de l'immigration ressort de plusieurs façons. Cette implication pourrait, à l'instar de la banque régionale d'interprètes de Montréal, passer par une banque montréalaise s'appuyant sur ce qui existe déjà au niveau local, tout en coordonnant l'ensemble afin que les créneaux horaires d'accès à ce service soient élargis. Actuellement, ce sont les organismes communautaires qui pallient au manque d'interprètes dans les deux CSSS étudiés. Au niveau de l'Agence, la vision régionale de la banque d'interprète ne semblait pas être une priorité s'appuyant notamment

sur la masse critique trop faible de personnes migrantes, et la responsabilité locale des CSSS de fournir des interprètes aux patients allophones. Par contre, il est important de mentionner que plusieurs personnes mélangeaient les banques internes au CSSS, plus informel, la banque régionale, qui en réalité n'existe pas, et les banques des Organismes communautaires locaux.

« Oui, je le sais qu'il y a une banque d'interprètes...C'est structuré par l'agence régionale...Mais je me demande, si même à l'interne, on n'a pas un petit système...Je ne suis pas certaine si on a ça, d'une façon... formelle... Sur le terrain, c'est une autre histoire, parce que les gens se connaissent, puis, par exemple, si... on a une infirmière chinoise..., on le sait, on l'utilise »

[Acteur stratégique, Administratif, CSSS1]

« Et ça, ces banques d'interprètes là sont gérées généralement par des organismes communautaires... en Montérégie. Ce qui pourrait être différent dans une grande région comme Montréal où certains établissements ont à l'intérieur de leur personnel des gens de plusieurs communautés qui, des fois, offrent ces services-là, là, dans le fond, tout en faisant autre chose. C'est probablement pas le cas en Montérégie »

[Acteur stratégique, Agence]

« Mais les établissements qui ont ces communautés-là sur leur territoire, eux ont le devoir d'adapter ou de faire en sorte de rejoindre ces clientèles-là, et le plus possible de faire en sorte que les services soient accessibles pour ces clients-là... et même d'aider les gens... par des services d'interprètes, par exemple, quand ils ont besoin d'utiliser des soins, des services. Et ça, c'est une préoccupation qui... doit être très..., qui est très locale »

[Acteur stratégique, Agence]

De plus, l'Agence régionale a mis en place un Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles. Cependant, ce Comité n'est plus actif depuis plusieurs années. C'est pourtant selon plusieurs répondants, dont ceux de l'Agence elle-même, le levier le plus important au niveau régional.

« Il faudrait réactiver le Comité Régional, c'est très important. Pour l'Agence, comme telle, ce comité est très important et avise le PDG. Simplement de

formuler, d'aborder cette question avec les communautés, et de développer le positionnement du PDG, déjà ça stimule l'action »

[Acteur tactique, Agence]

Enfin, le leadership de l'Agence est directement interpellée par certains répondants, faisant référence directement au levier du couplage. Selon ces répondants, le rôle de l'Agence est de centraliser les connaissances socio-économiques, démographiques et socio-sanitaires afin d'établir, en concertation avec les acteurs locaux les principaux besoins des populations des territoires. Le manque de connaissances concernant les besoins des personnes migrantes et nouvellement arrivées est soulevé à plusieurs reprises dans de nombreuses entrevues.

« Dans la mise en place de programmes (...) il y a nécessairement un leadership de l'Agence, parce que ça fait partie de son rôle de mieux connaître les besoins de sa population de sa région, ils sont là pour ça, ils sont là pour la concertation, les besoins (...) Ils doivent assurer un leadership, à mon avis, ça fait carrément partie de leur travail »

[Acteur stratégique, Administratif, CSSS2]

« On a très peu de renseignements concernant la clientèle ethnoculturelle dans notre réseau. On ne retient pas leur origine, c'est pas dans les bases de données ordinaires qu'on utilise (...) Mais à l'Agence on n'est pas au courant et on ne les a pas »

[Acteur tactique, Agence]

1.1.4 Leviers Politique et Structure : Mise en valeur de la responsabilité populationnelle et de la mise en place de réseaux:

Le concept de responsabilité populationnelle est ressorti dans plusieurs entrevues. Ce concept est au cœur de la dernière réforme du système de santé au Québec (MSSS, 2004a, 2004b). Elle préconise que les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), nés de la fusion de plusieurs établissements, aient dorénavant la responsabilité d'offrir des services

répondant adéquatement aux besoins de la population de leur territoire. Par cette réforme s'effectue un glissement d'une vision basée sur une logique de services vers une logique basée sur les besoins populationnels (Breton, 2009). Dans les deux CSSS, le programme C est particulièrement porteur de cet enjeu, à l'interne et à l'externe de l'organisation. Les *acteurs de connectivité*, rattachés à ce programme, tentent de sensibiliser les acteurs du réseau à cette responsabilité, tout en manifestant l'importance de la partager. On entend par « *acteurs de connectivité* » les acteurs engagés dans le processus d'adaptation de l'établissement et de son Environnement. La plupart du temps, ce sont des acteurs provenant des champs opérationnel et tactique. Dans notre étude, les infirmières, les organisateurs communautaires et les conseillères cliniques sont ressortis comme étant des *acteurs de connectivité* (voir article 2). Pour l'ensemble des acteurs interrogés, qu'ils soient rattachés à un CSSS, à un organisme communautaire, à l'agence ou au ministère, le CSSS ne peut pas supporter cette responsabilité seul. De plus, certains acteurs de l'Environnement perçoivent cela comme une ingérence du système de santé et une non-reconnaissance de leur expertise, leur expérience et leur autonomie. Ces tensions sont exprimées auprès des organisateurs communautaires par exemple lors des rencontres de la Table des Partenaires en Immigration, organisée par le Ministère de l'immigration et des communautés culturelles.

Cependant, cela reste un levier fort. Dans le CSSS 2, c'est grâce à la mise en commun, via la Table de la Petite Enfance, que des ressources ont été trouvées afin d'ouvrir un poste d'agent de liaison.

« Avec la table de concertation de la petite enfance, on a mis en place une agente de liaison entre les familles qui arrivent. C'est souvent des familles de réfugiés qui ont beaucoup d'enfants. (...) et puis ça fonctionne »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

Dans le CSSS 1, la responsabilité populationnelle et la mise en place de réseaux se concrétisent dans le dossier de l'immigration via le Comité interne en Immigration et la participation accrue du CSSS sur les différentes tables et comités liés à l'adaptation et à l'immigration. De plus, c'est aussi un levier intéressant puisque jouant dans le même temps sur le *schemata* des acteurs par rapport au réseau, au partage et à la mise en commun d'expériences.

« On habite les mêmes territoires, comment qu'on fait pour adapter et en même temps, c'est quoi les contributions, le mutuel, qu'est-ce qui existe dans la communauté pour nous aider là-dedans, nous pister, puis, ainsi de suite. L'approche populationnelle, ça a changé, on revit dans un sens des missions premières dans le temps quand les CLSC ont été fondés : Centre Local de Services communautaires. C'est quand même... regarde, tu as une différence de vision entre : « voici ce qu'on a et puis lui il doit fit-er là-dedans » et « Il y a ça, puis là nous qu'est-ce qu'on fait pour assurer... et pour adapter » »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS1]

Alliée à la responsabilité populationnelle et aux réseaux, la mise en place d'actions de stratégies avancées durables (*Reaching out*) est désignée comme un levier puissant lorsqu'il est question d'adaptation des services et de population vulnérable telle que certains migrants (OMS, 2002).

« Une organisation qui fait du *Reaching out*, qui est capable d'aller rencontrer les gens... dans leur milieu, d'aller..., de pas simplement attendre qu'on, qu'on fasse appel à nous parce qu'il y a quelque chose qui est en train de, d'aller mal ou de... Ça serait d'être proactif et d'avoir vraiment, de dire : « Bon, voici, où sont nos immigrants? »... d'avoir, d'établir les besoins de façon plus pointue, que ça soit dans notre plan local de santé publique, bon. Je pense que ça, d'être campé clairement »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS1]

1.1.5 *Levier des ressources et de la connaissance : Accroissement du nombre d'employés issus de l'immigration et du nombre de formations « interculturelles » aux employés*

En termes de ressources humaines, le levier le plus cité est l'adéquation entre l'origine des personnes employées par l'organisation de santé et celles qui s'y font traiter et suivre. Sans parler d'*Ethnic Matching* systématique, il est reconnu par plusieurs que l'influence de personnes issues de l'immigration est bénéfique pour l'ensemble du personnel, permettant une ouverture et une prise de conscience de certaines barrières à l'accès pouvant exister, qu'elles soient culturelles, langagières ou autres.

« Je pourrais vous raconter... l'histoire d'une... dame... musulmane d'origine, en tout cas de, de... religion musulmane, qui refusait de se faire soigner par un infirmier, parce que, dans sa religion,... elle ne pouvait pas dénuder son bras

pour que l'infirmier lui donne son injection. Et... à ce moment-là... il a fallu intervenir pour, bon, bien, il y avait pas, il y avait pas d'autres..., il y avait pas d'autres intervenants, alors en disant à la dame : « Écoutez, il y a pas personne d'autre pour vous donner le service que moi ou que cet infirmier-là ». Là elle pouvait accepter d'être soignée par lui. Ça, c'est un exemple. Mais où..., j'ai pris cet exemple-là parce que... l'infirmier lui était en colère, il a eu tendance à dire... : « Elle a pas d'affaire à..., bon, si elle veut pas se faire soigner par moi, qu'elle s'en aille » et tout ça, puis je pense que c'est un bel exemple où il faut aller au-delà des résistances, au-delà, puis essayer de comprendre pourquoi, puis adapter aussi notre réponse »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS1]

Pour diminuer la distance entre l'Environnement et l'organisation, il est important d'accroître la variabilité dans l'organisation, en adéquation avec la variabilité de l'Environnement, ce que plusieurs auteurs, dont Zimmerman et Hurst nomment *la variabilité minimale* (1993).

En termes de ressources et de connaissances, le manque de formation a été décrié par l'ensemble des acteurs interrogés. Ils s'entendent tous pour mettre de l'avant le besoin de connaissances, que ce soit pour les acteurs opérationnels, agissant directement auprès des personnes migrantes ou que ce soit pour les acteurs tactiques et stratégiques, qui ont besoin de connaître un minimum les enjeux liés à ce type de patientèle.

« Je pense que ça serait bien d'aller vers est-ce qu'on ne peut pas... c'est difficile, mais de dire chercher des gens des minorités différentes. Moi je sais, dernièrement, j'ai été... on m'a demandé d'aller à McGill pour une journée de recrutement. Puis il y en avait deux, trois qui étaient d'autres origines qui étaient... « Envoyez-moi votre CV, je veux faire un suivi directement ». C'est sûr que je veux être certaine qu'ils ont des compétences, mais j'ai dit... on avait une jeune qui est d'origine arabe, qui parle anglais, français et arabe, et j'ai dit elle habite le quartier, elle connaît la région, moi j'aimerais, si elle est compétente, j'aimerais l'avoir »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

1.1.6 Levier des Ressources : Augmentation des ressources financières allouées à l'adaptation

Le levier des ressources financières est ressorti dans l'ensemble des entrevues comme étant le levier à la base de toute action possible. Les restrictions budgétaires actuelles sont des limites à l'adaptation des services. De plus, la loi 100 a limité l'accès aux formations, ce qui pénalise les formations « long terme » comme les formations multiethniques.

« On a zéro sou pour ça. On a des commandes du ministère : vous devez offrir ça. Mais organisez-vous avec les ressources que vous avez actuellement. C'est extrêmement difficile à mettre en place, car on n'a pas les ressources »

[Acteur Tactique, Clinique, CSSS2]

« On est dans un contexte de coupure au niveau des formations, et il faut prioriser. Donc dans les équipes, les gens, ils ne priorisent pas, parce qu'ils ne voient pas que c'est un besoin. Parce que ce n'est pas la majorité de leur clientèle. Donc quand il faut prioriser entre une formation au niveau... pour l'équipe SIPPE par exemple à l'allaitement, parce que il faut... parce que si on veut être accrédité comme « Amis des bébés », on va mettre ça dans les priorités, et non pas l'approche multiethnique »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

1.2 Les leviers de la fonction émergente

En ce qui concerne la fonction émergente, elle regroupe les leviers plus informels qui s'apparentent au *schemata* et au couplage. Trois principaux leviers sont ressortis des analyses.

1.2.1 Levier de couplage : Implication des acteurs de l'Environnement

Les acteurs de l'Environnement sont considérés comme des sources d'informations et des experts de l'immigration par les acteurs des CSSS. Dans ce contexte, le rôle du CSSS n'est pas celui d'un « décideur » mais d'un acteur institutionnel faisant partie d'un réseau plus large auquel il participe et contribue. Se met en place une coévolution entre les acteurs de l'Environnement et ceux du CSSS, puisque les actions des uns influencent les actions des autres. Cependant, il y a une nette dépendance des CSSS vis-à-vis des Organismes communautaires, en termes de connaissances, de réseaux, d'informations et de suivi des populations.

«L'organisme communautaire 2 est l'organisme par excellence à qui on se réfère. On travaille beaucoup en collaboration. À partir du moment où on a besoin d'information, on ne sait pas trop, on communique avec l'organisme communautaire 2 »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS2]

« La mission de l'organisme communautaire 1 est de mettre en place des leviers permettant aux immigrants de s'adapter à leur nouveau pays. Au niveau de la santé, intégrer les immigrants dans le réseau de la santé n'est pas une fin en soi, mais un tremplin. C'est l'institution par excellence de l'intégration de tous les citoyens, pas uniquement les immigrants. Ce réseau, au départ, doit être mis à contribution dans l'intégration des immigrants, puisqu'étant pas mal exclu des autres réseaux, à l'arrivée notamment »

[Acteur ORG.COMM1]

« Il y a des choses, ce n'est pas nous, mais on doit être capable par contre de diriger... Quand c'est nous, pour moi peu importe quand est-ce, on doit offrir un service de qualité, une accessibilité, une continuité de soins, une accessibilité dans le prévenir, dans le guérir, dans le soutenir. C'est là-dedans qu'on est, dans le développement des communautés, on travaille aussi avec les groupes. On est dans l'inclusion, on est dans la participation citoyenne... c'est ça »

[Acteur Stratégique, CSSS1]

Au niveau de la pratique médicale, des rencontres entre les médecins et les organismes communautaires s'avèrent nécessaires : les médecins se plaignent souvent de ne pas connaître les ressources disponibles, mettant en cause le manque de visibilité et de « *lobbying* » des organismes s'occupant des personnes migrantes sur leur territoire. Par contraste, la plupart des infirmières interrogées, qui travaillent dans en CSSS, n'ont pas mentionné le manque de connaissance des ressources spécialisées en migration. Au contraire, elles les identifient très bien, les connaissent et, la plupart du temps, les utilisent. Ce qui met en exergue le manque de connectivité des médecins avec leur Environnement et le besoin de les rejoindre afin de les impliquer. L'aspect monétaire a été discuté à plusieurs reprises, tendant à montrer qu'avec des arrangements financiers les médecins sont plus coopératifs. Cependant, l'analyse des données tend à montrer que d'autres leviers, tel que celui de la communication, seraient tout autant indiqués puisque les médecins, notamment en cabinets privés, disent manquer cruellement de connaissances et d'informations sur le réseau les

entourant. L'imbrication des fonctions administratives (structure et ressources), émergentes (couplage) et d'habilitation (communication, connectivité) faciliterait leur implication et jouerait en faveur de l'adaptation de l'organisation dans son ensemble.

D'autre part, la réactualisation du Comité régional de l'Agence donnerait une voix « formelle » à l'enjeu de l'adaptation des services de santé et des services sociaux de la région, tout en permettant de contextualiser les actions pour chacun des CSSS concernés.

« Comme j'ai dit, activer le Comité régional, c'est la seule chose qu'on a, y'a pas d'autre levier pour l'Agence. Comme telle c'est une structure développée par l'Agence, c'est pas toutes les Agences qui ont ça, même Montréal n'en a pas! La question s'est posée d'abandonner ce service euh ... cette structure, mais en terme de gouvernance, l'Agence a décidé de maintenir ce comité aviseur au PDG, c'est déjà quelque chose... alors il faut qu'on exploite ça »

[Acteur tactique, Agence]

1.2.2 Levier de couplage : Écoute des acteurs opérationnels et de l'Environnement dans les prises de décisions

L'écoute des besoins des acteurs opérationnels par les acteurs tactiques et stratégiques leur permet d'acquérir rapidement une légitimité et le respect de la part des acteurs opérationnels. Cela permet aussi d'orienter davantage les soins vers les patients, ce qui se révèle un élément majeur aux yeux des acteurs opérationnels. Ce genre de levier peut influencer la mise en place de leviers de type plus administratifs, par exemple la représentation des populations migrantes sur le CA de l'établissement.

« Dans un monde idéal, c'est ça : on converge tous vers la même direction, si on est orienté clientèle, on maximise notre accessibilité, on entend les problématiques, on identifie tout ça, on trouve des pistes de solutions, puis on y va. Donc, je pense que c'est ça, une organisation qui fait preuve d'ouverture »

[Acteur Tactique, Clinique, CSSS1]

« Quand on amène une solution, on l'évalue en équipe aussi,(...) À chaque six semaines, on se réunit, puis on a identifié justement des problématiques comme ça, puis on a trouvé des solutions aussi comme ça. Justement, en

disant : « regarde, toi, tu es haïtienne, c'est génial ce que tu as fait la dernière fois ». On se donne cette façon-là de faire, on l'entend tout le monde, quand on a un client haïtien, on a de la difficulté... on fait ça comme ça, on travaille ensemble »

[Acteur tactique, CSSS1]

Dans le cas du CSSS 2, ce sont les besoins émanant directement du terrain qui ont poussé plusieurs acteurs à mettre en place un Comité informel portant sur l'adaptation des services auprès des patients migrants.

« Suite à des difficultés qui ont été rencontrées il y a un petit comité, un peu informel, qui s'est constitué pour l'adaptation des services et prochainement on va formaliser cette démarche rassembler tous les interlocuteurs requis pour améliorer l'accès aux services pour les personnes migrantes »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS2]

La résonance des besoins et des actions provenant du champ opérationnel permet à la fois de sensibiliser les acteurs tactiques et stratégiques au quotidien clinique, et à la fois d'importer ces enjeux dans les différents champs afin que le souci d'adaptation se fasse ressentir à tous les niveaux. Par contre, dans le cas du CSSS2 c'est un processus qui s'est réalisé intra-sphère clinique. La connexion avec la sphère administrative face à ces enjeux est plus difficile à développer. Cependant, il est reconnu que certains acteurs stratégiques de cette sphère seraient déterminants en termes de couplage.

« Je vous assure que les acteurs influents dans les organisations, vous vous demandez, c'est qui. Le directeur des finances a beaucoup d'influence ; les médecins, l'argent, les médecins, ça a beaucoup beaucoup d'influence »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS2]

Leur niveau d'implication serait alors dépendant du *schemata* qu'ils ont. L'heure n'est pas à développer et financer des programmes ou des actions innovantes. L'heure est au compte et aux restrictions budgétaires, ce qui n'incite pas les acteurs de ces départements à s'impliquer sur des comités ou des projets liés à l'immigration.

« Si on est sur un territoire de CSSS où il y a beaucoup de population immigrante, mais il n'y a jamais de clients immigrants qui viennent, peut-être

qu'on peut parler de la performance, c'est qu'on n'est pas si performant que ça. Ça pourrait faire partie des indicateurs de performance de documenter par exemple le nombre d'immigrants, le nombre de personnes qui viennent d'un autre pays versus le nombre de clientèles rejointes par l'établissement, puis là on pourrait voir si on rejoint ou pas les populations vulnérables.(...) Moi je n'ai rien contre la performance, je suis pour ça, je suis gestionnaire, c'est pour avoir des services performants, mais performants, ça veut dire aussi qui atteint les bonnes cibles »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS2]

1.3 Les leviers de la fonction d'habilitation

Chacun des CSSS possède des leviers de type administratifs et émergents. Les leviers de la fonction d'habilitation permettent de faire des liens entre les fonctions émergentes et administratives. Ils regroupent principalement la communication, les connaissances et la connectivité. Quatre principaux leviers sont ressortis de nos analyses.

1.3.1 Leviers de la communication et de la connectivité : Couloir de communication inter-sphère et inter-champs : sortir des silos via la direction des Communications

L'influence de la direction des communications est un levier connu. Cependant, c'est en ayant peu de moyens au niveau de cette direction, et peu d'implication de la part des acteurs stratégiques à propos de ce levier, que plusieurs acteurs interrogés font ressortir ce levier comme important s'il est mis en place favorablement. À l'image d'un essai transformé au Rugby afin de valider les points obtenus et en obtenir davantage, les leviers des fonctions émergentes et administratives ont besoin d'être « transformés » par les leviers de la fonction d'habilitation afin que se fractalise l'adaptation et s'étende à travers l'établissement de santé. Ainsi la stratégie gagnante, selon plusieurs, passe par le levier communication, qu'il soit inter-individu, inter-programme, inter-champs et inter-sphère. Il paraît aussi important de briser les silos et d'ouvrir les organisations aux acteurs de l'Environnement ainsi qu'aux communautés. Il n'était pas rare que des répondants expriment « *ne pas connaître ces gens-là* » [Acteur opérationnel, clinique, CSSS2] en parlant des personnes migrantes et nouvellement arrivées.

« La stratégie permettant l'adaptation, il n'y a pas de couloirs de discussion (...) pour créer un dialogue entre les populations immigrantes et nous, ça peut passer par des comités de coordination, des tables de concertation, mais rien de ça est vraiment... en tout cas, ça n'arrive pas à moi. L'organisatrice communautaire fait des choses, mais je trouve ça ne percole pas, ça ne rejaillit pas dans l'organisation tant que ça » [Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

1.3.2 Levier de connectivité : S'appuyer sur des « acteurs de connectivité »

Partant des préoccupations de santé publique et d'actions communautaires, l'organisateur communautaire peut faciliter la transmission des besoins du terrain vers les acteurs stratégiques ou ceux de la sphère administrative.

« Je pense qu'on peut être une sorte de catalyseur. On est bien placé à cause de nos mandats communautaires, on connaît bien les organisations comme l'organisme communautaire 2. Un rôle privilégié dans le sens de nommer ou connaître ces réalités et les porter à l'attention d'autres secteurs de l'organisation qui sont moins proche et qui ne les verront pas tant qu'il n'y a pas un cas qui va se présenter »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS2]

« Les organisateurs communautaires, ils peuvent être influents, parce qu'ils voient des choses, ils entendent des choses, ils peuvent nous dire : « Écoutez. Pensez à telle chose » »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

Cependant, le rôle seul des organisateurs communautaires n'est pas suffisant pour conscientiser l'organisation par rapport aux enjeux de l'immigration et de l'adaptation. C'est pourquoi le rôle des conseillères cliniques devient aussi une ressource hors paires de connaissances et d'informations. Elles permettent de faire des liens entre différents programmes, et partagent des informations avec des conseillères d'autres établissements. Engagées dans le processus d'adaptation de l'organisation de santé, elles sont aussi des « actrices de connectivité », agissant sur les pratiques cliniques directement auprès des acteurs opérationnels, et plus indirectement sur les pratiques organisationnelles en informant les acteurs tactiques et stratégiques des besoins du terrain.

« Les conseillères en soins spécialisés par exemple, c'est des ressources, de haut calibre, pour guider les équipes. Alors, je suis certaine que s'il y a quelque chose qui existe, de bonnes pratiques, de données, ces personnes-là peuvent aller chercher ça. Alors, je suis certaine qu'on est bien équipé, pour répondre à ça, puis aller chercher ce qu'il faut pour mieux (les) outiller »

[Acteur stratégique, Administrative, CSSS1]

« Moi, je dis les conseillères. Les conseillères cliniques. Elles se promènent partout, elles (...) Parce que la conseillère son rôle, c'est d'établir les meilleures pratiques, de définir les meilleures pratiques. Et elle va voir ailleurs, elle doit faire preuve d'ouverture, de considérer toutes les avenues pour identifier la meilleure, et toujours en lien avec le besoin – au niveau terrain, au niveau clientèle. Ça fait que ce n'est pas décidé d'en haut, avec ce qu'on sait, puis on fait descendre ça, unidirectionnel, c'est comme ça... »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS1]

Les rôles des organisateurs communautaires et des infirmières conseillères cliniques sont dotés d'une influence reconnue par l'ensemble des acteurs. Ils arrivent à rejoindre les acteurs tant internes qu'externes à l'organisation. Ensuite, au niveau de la prise de décision, la différence se jouera sur la transmission et le relai de ce rôle de *connectivité* vers des acteurs stratégiques portant eux même cet enjeu auprès des différents comités de direction ou pas. Qu'ils proviennent des niveaux opérationnels, tactiques ou stratégiques, les *acteurs de connectivités* peuvent devenir des vecteurs de changement puisqu'insufflant une ouverture vers d'autres façons de faire.

1.3.3 Levier de connectivité : Passer des acteurs de connectivité aux structures de connectivité

Partant de levier de la fonction émergente, l'initiative informelle d'un organisateur communautaire, appuyé dès le départ par un acteur stratégique, de mettre en place un comité « Migration » du CSSS1 a porté ses fruits. Ce comité implique à l'heure actuelle des acteurs des trois champs d'action et des deux sphères du CSSS1. Des acteurs de l'Environnement, dont l'organisme communautaire 1, y sont également impliqués. Des couloirs de communication inter sphères et inter champs se créent, des actions concrètes sont réalisées

(*Plan d'adaptation des services aux communautés ethnoculturelles* du CSSS 1) et une structure formelle est en place, avec des réunions officielles, des objectifs communs et une vision allant dans le même sens : celle d'adapter, à chacun des niveaux, l'organisation de santé.

Par contre, il faut reconnaître que le CSSS 1 n'est pas concerné dans son ensemble par les actions de ce Comité, notamment la sphère administrative. Cependant, chacun des acteurs présents sur ce Comité devient *acteur de connectivité* quel que soit le champ d'action auquel il se rapporte. Ce niveau de connectivité allié au *schemata* commun du groupe et à la légitimité d'une structure formelle, qu'est devenu le Comité, favorise l'élargissement de l'enjeu à travers l'organisation et ces différents champs d'action : les *acteurs de connectivité* contribuent à mettre en place des *structures de connectivité*.

« Moi, je me disais si au moins je suis capable d'installer un virus dans l'ensemble des directions et pour qu'ils prennent conscience d'une vision globale, je serai heureux. Plus que ça, on s'en va vers un plan de travail. (...) La date [de la prochaine rencontre] a été choisie et on va la tenir à [l'organisme communautaire 1] pour être dans le milieu, sortir de nos cadres ici et l'évaluation a été intéressante. Il y a une volonté, c'est plus que je pensais, je pense que le terrain était peut-être...un bon timing peut-être (...) Alors, quand on l'a fait ressortir, pas pour en faire une clientèle à regarder à la loupe et à déposer dans un point, mais pour dire c'est une partie importante de notre population et on doit en tenir compte, donc on doit aussi comme directeur et comme gestionnaire travailler à aplanir les préjugés, à donner un signe clair dans l'organisation que l'immigration c'est une priorité alors... »

[Acteur opérationnel, Clinique, CSSS1]

Par ailleurs, la connaissance des ressources existantes et le suivi de formations sont des leviers d'actions importants. Via une communication inter-niveaux et inter-sphère efficace, les leviers de connaissances, qui font appel à l'expertise, l'apprentissage et le savoir des différents acteurs à propos des enjeux de l'immigration (voir tableau 6), permettent d'asseoir l'expertise des acteurs concernés, tout en améliorant sans cesse la qualité des soins fournis aux patients migrants et nouvellement arrivés. À partir de là des structures telle que les hôpitaux promoteurs de santé (HPS) peuvent s'ouvrir sur des programmes d'accréditation spécifiques tel que celui « Amis des Migrants (« *Migrant Friendly* ») favorisant l'adaptation

des organisations à l'égard de patients migrants (OMS-Europe, 2005). L'adaptation des pratiques cliniques et organisationnelles devient un objectif commun à l'ensemble des acteurs, tant clinique qu'administratif, via des procédures d'accréditation reconnues et valorisées : les *structures de connectivité* sont créées.

« Qu'on soit accrédité « milieu favorable » à l'immigration, tu comprends? On est accrédité « Amis des bébés », tout le monde est formé à différents niveaux : Celui qui va jouer directement et qui va avoir 3 jours de formations, celle qui est le moins interpellée là-dedans, le concierge va probablement être formé une demi-heure, on n'a pas le choix. Tout le monde, là, on va avoir l'accréditation »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS1]

« Nous sommes en train de mettre en place le concept « Promoteurs de Santé » dans lequel on pourrait retrouver par exemple des normes qui touchent les soins aux usagers (et) les adapter aux clientèles allophones et anglophones »

[Acteur stratégique, Clinique, CSSS2]

1.3.4 *Levier de connectivité : Implication, engagement et intérêt des médecins*

Il est reconnu par plusieurs acteurs qu'un engagement plus soutenu de la part des médecins serait un levier favorable à l'adaptation de l'organisation et des services cliniques. Le manque d'intérêt de la part de ces acteurs ainsi que la pénurie et la surcharge de travail qu'ils connaissent sont des facteurs en cause pour expliquer ce manque d'implication.

À ce propos, il a été rappelé par des acteurs des deux CSSS ainsi que de l'Agence régionale qu'il existait un paradoxe entre la responsabilité populationnelle du CSSS et la responsabilité professionnelle des médecins. Si le CSSS est, de par la loi, responsable de la santé et du bien-être de la population de son territoire, les médecins sont quant à eux responsables de leur patientèle, ne leur imposant donc pas de veiller à prendre en charge davantage de patients qu'ils ne le souhaitent ou le peuvent.

Selon plusieurs répondants, ce paradoxe implique à la fois des leviers de *schemata*, de connectivité et de ressources. La pénurie de médecins et de professionnels de la santé joue

défavorablement sur l'implication auprès de patientèles vulnérables, nécessitant plus de temps et de connaissances. Connaissances directement liées au réseau de partenaires développé ou non par le médecin. Plus le médecin sera connecté avec les partenaires de l'Environnement et avec le CSSS, plus le médecin sera soutenu dans sa prise en charge et aura accès à l'ensemble des services offerts par ces partenaires. Par contre, moins sera étendu ce réseau, plus le médecin sera isolé dans sa pratique, supportant de nouvelles patientèles seules. Ce qui n'incitera pas le médecin à s'impliquer davantage de ce type de patientèle.

« C'est que si on veut sensibiliser sur une clientèle particulière, il faut associer à ça un soutien aux médecins. Puis quand il y a pas ça, la porte se ferme. C'est genre : « Regarde, je peux plus en faire plus, c'est fini ». Alors, c'est dommage, mais c'est comme ça. Alors, si on veut leur dire : « Bon, il y a telle clientèle dont il faudrait s'occuper particulièrement parce qu'ils ont, bon, un, deux, trois, quatre cinq, huit besoins particuliers, on aurait besoin de vous », oui, mais pour telle et telle chose, il faut préciser quoi puis... vous aurez accès à ci, à ça, à ci, à ça. Sans ça, c'est trop lourd »

[Acteur stratégique, Agence]

« Avec la pénurie de main-d'œuvre, avec le temps qu'on..., je veux dire c'est ce dont on manque le plus, le temps, je pense pas qu'ils soient si tant que ça bienvenus. On va le faire s'ils sont malades, mais, tu sais, de dire : « Oui, je vais être votre médecin de famille »..., on se précipitera pas, je pense »

[Acteur stratégique, Agence]

Le rôle symbolique du médecin est aussi à considérer. Ils jouissent d'une influence et d'une crédibilité fortes auprès des acteurs de l'Environnement, des patients et des acteurs du CSSS. Leur engagement dans un processus comme celui de l'adaptation d'une organisation à la prise en charge de patients migrants créés un engrenage pour les autres acteurs, facilitant la prise de décision et l'action (couplage).

« C'est vraiment d'aller chercher l'adhésion de nos médecins, nos chefs médicaux. Après, c'est le président du CMDP... C'est sûr que le président du Conseil des médecins, dentistes, lui, il faut toujours, toujours l'embarquer, dès le départ, ça fait partie des stratégies là »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

Pour la fonction habilitation, si l'engagement des médecins est un levier puissant, il doit s'accompagner nécessairement de leviers de type administratifs, comme un accès facile aux intervenants du CSSS telle que la pré-évaluation effectuée au CSSS par des infirmières, ce qui touche particulièrement les structures et les ressources.

« Par exemple, mon bureau est à un kilomètre du CSSS, si j'avais accès à une infirmière (du CSSS) il pourrait y avoir un genre de service d'évaluation de patients pour clientèles immigrantes dans les CSSS. Ça devrait exister, ça serait bien plus facile. Et les médecins pourraient probablement plus facilement accepter de suivre leurs problèmes médicaux »

[Acteur Stratégique-Agence]

Le paradoxe de la responsabilité populationnelle versus la responsabilité médicale ou de patientèle soulevé par plusieurs répondants proviendrait du fait que le médecin n'a pas l'obligation de s'adapter à son Environnement. Il n'est donc pas obligé non plus de s'impliquer auprès de patients vulnérables tels que les migrants et nouveaux arrivants. C'est néanmoins un acteur incontournable du système de santé et de son adaptation. Dans les deux cas à l'étude, il est clair que l'engagement des médecins est un levier majeur, notamment en termes d'accessibilité aux services de santé pour les migrants et les nouveaux arrivants. Par exemple, lorsqu'une clinique d'accueil aux réfugiés voit le jour, c'est parce qu'il existe, en plus des autres professionnels, des médecins qui acceptent de les recevoir et de les suivre sur une période de temps « X » (MSSS, 2012).

5.2.5 Discussion et Conclusion

La gouvernance multiniveaux : un espace où fractaliser l'adaptation des organisations de santé

L'origine de cet article était de cerner les leviers d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter les services de santé d'une organisation de première ligne auprès des personnes migrantes. À travers la proposition suivante : « *L'adaptation des sphères clinique et administrative d'une organisation de santé, et les champs d'action les composant,*

convergent au moyen de différents leviers d'action qui favorisent une intégration de manière cohérente, des pratiques cliniques et administratives entre les professionnels, les gestionnaires, les administrateurs et l'Environnement », nous avons pu dégager plusieurs leviers et mieux appréhender leur fonctionnement et leur dynamique.

Pour l'analyse des données, nous nous sommes basés sur un cadre conceptuel développé précédemment. Nous avons réalisé une étude de cas multiples, portant sur deux CSSS ainsi que leur Environnement local, régional et national.

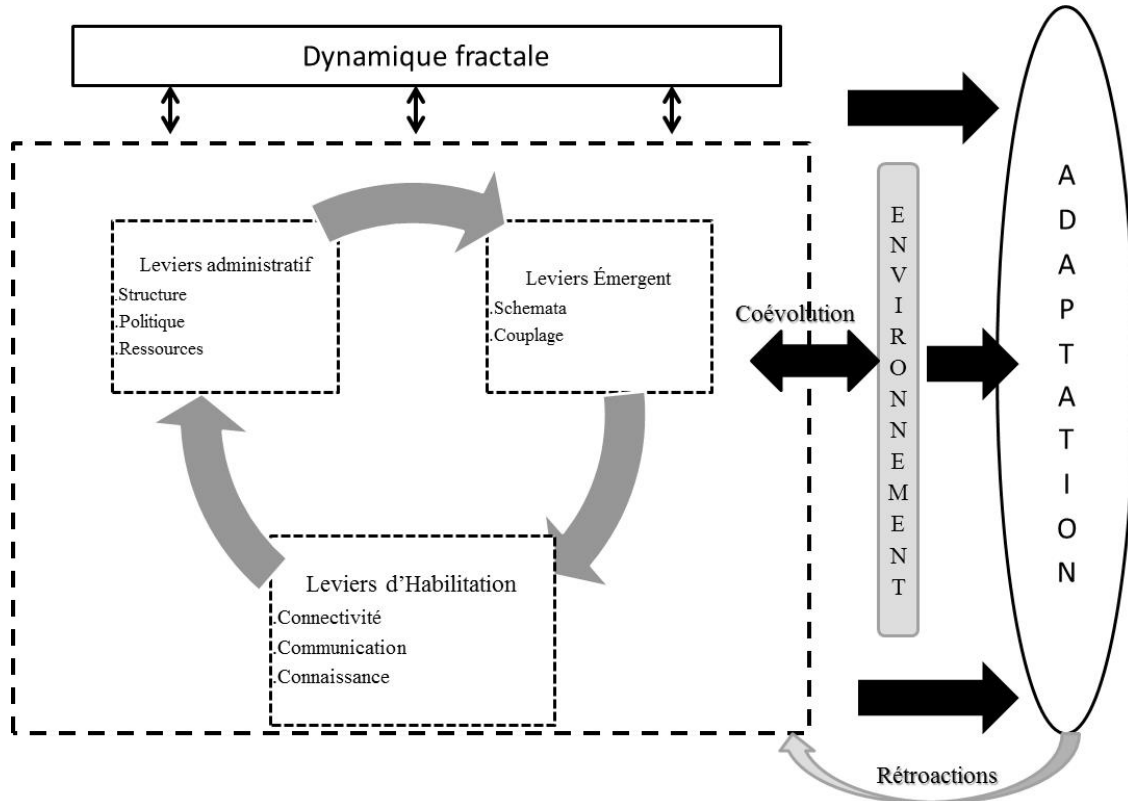
Les différents acteurs des deux CSSS et de l'Environnement utilisent plusieurs leviers d'action, que nous avons regroupés en huit catégories (Tableau 6). Pour mieux appréhender leur dynamique, nous avons classé ces huit leviers en trois fonctions, soit administrative, émergente et d'habilitation. Il en est ressorti que la cohérence recherchée entre ces trois fonctions est facilitée par une gouvernance multiniveaux. L'agencement et l'influence des types de leviers dépendent fortement de leur distribution à travers les trois champs d'action et les deux sphères. Si les leviers administratifs et émergents bénéficient de leviers d'habilitation crédibles et légitimes, pouvant les supporter, alors l'adaptation se diffuse à travers l'organisation de santé, quel que soit le champ d'action, la sphère ou le niveau de prise de décision. Elle se diffuse de manière autosimilaire ou fractale.

La figure 6 permet de visualiser cette dynamique. Dans un mouvement circulaire, nous pouvons appréhender comment se créent un processus adaptatif. Afin de contourner ce qui existe et ce qui pose problème dans l'état actuel des choses, les acteurs s'organisent via des leviers d'habilitation. Dans le même temps, les leviers administratifs et émergents sont impliqués pour revenir dans « un nouvel » ordre, mieux adapté et répondant de surcroît davantage aux nouvelles caractéristiques de l'organisation et de son Environnement.

C'est le mouvement cyclique qui permet à la dynamique fractale de se réaliser à travers les différents niveaux de la gouvernance d'une organisation, tout en coévoluant avec les acteurs de l'Environnement, d'abord à l'échelle locale et puis à l'échelle globale. Enfin le processus d'adaptation n'est pas un processus « fini » et les rétroactions permettent de remettre en question, à travers le temps, les actions jugées moins adéquates pour les programmes, les interventions ou les services ciblés. Par ces rétroactions, il est possible de

revoir les processus, de les contextualiser et d'apprendre (à apprendre) individuellement comme collectivement.

Figure 5: Dynamique fractale impliquée dans le processus d'adaptation de la gouvernance multiniveaux via les leviers d'actions et l'Environnement d'une organisation de santé



Ces trois fonctions regroupant les différents leviers, jumelés à l'influence des *acteurs de connectivité* placés à travers les différents niveaux du CSSS (voir article 2), facilitent, même partiellement, la dynamique fractale de l'adaptation au sein de l'organisation de santé. Son étendue se fait dans le temps, au gré des actions posées. Les *acteurs de connectivité*, grâce aux leviers informationnels et de communication notamment, permettent de mettre en place des *structures de connectivité* sur lesquelles va ensuite s'asseoir la légitimité des actions adaptatives posées à des degrés divers, dans chacun des champs et chacune des sphères de l'organisation. Par exemple, le dépôt d'un plan d'adaptation, accompagné de mesures structurelles telles que la représentation de personnes migrantes sur le Conseil des usagers peut en être une démonstration. Ce processus montre qu'à partir d'une situation définie comme négative par plusieurs (non adaptation de l'organisation de santé), des acteurs se sont regroupés et ont commencé à s'organiser (émergence d'un comité migration). Puis,

par plusieurs canaux de communications, souvent informels, d'autres acteurs se sont joint au comité, tant à l'interne de l'organisation, qu'à l'externe. L'utilisation de leviers d'habilitation permet de faire remonter à travers l'organisation (sphère et niveaux) les besoins des patients et des acteurs opérationnels, qu'ils proviennent de l'Environnement ou du CSSS. Par la suite, la formalisation du comité, de son but et des stratégies à développer (plan d'adaptation, présentation au CA, suivi et continuité des actions) sont définies. Pour cela, des leviers administratifs sont davantage utilisés. Il y a bel et bien un enchaînement « circulaire » (figure 6) qui se réalise, afin de créer les conditions favorables à l'adaptation et au changement, à travers le temps.

Les rapports entre les CSSS et les acteurs de l'Environnement jouent un rôle important dans le processus d'adaptation et sa fractalisation. Par exemple, le CSSS 1 est connecté à plusieurs acteurs de l'Environnement, ce qui facilite les partenariats, d'autant plus depuis les changements de direction récents au sein du CSSS1. Les acteurs stratégiques tels que ceux des Comités de direction souhaitent que le CSSS1 ait une place centrale au sein du réseau local de santé, ayant à cœur d'opérationnaliser le concept de responsabilité populationnelle.

Dans le CSSS 2, les leviers d'action, qu'ils aient une fonction émergente, administrative ou d'habilitation ne sont pas portés à plusieurs niveaux, par des *acteurs de connectivité* comme dans le CSSS 1. Si au niveau opérationnel, les organisateurs communautaires ou les infirmières sont des *acteurs de connectivité* reconnus, leurs actions restent à ce niveau et remontent plus difficilement vers les niveaux tactiques et stratégiques. De plus, l'engagement des médecins est perçu comme faible alors qu'ils représentent un levier majeur en termes d'accessibilité aux services notamment. Tout cela mis ensemble ne permet pas la création de *structure de connectivité*. Selon des répondants, la volonté organisationnelle et politique concernant cet enjeu est peu présente. Elle ne permet pas d'amorcer une fractalisation de l'adaptation puisque restant à une même échelle : le champ opérationnel. Le cas par cas et l'apprentissage par essai-erreur des intervenants sont les moyens les plus couramment utilisés à défaut d'une adaptation plus homogène à travers l'ensemble des champs d'action et des sphères de la gouvernance. La dynamique, si elle est, est stationnaire.

Si les voies hiérarchiques traditionnelles sont plus présentes dans le CSSS 2, le pouvoir décisionnel des acteurs opérationnels est limité au niveau des deux organisations étudiées. Les besoins du terrain paraissent de plus en plus éloignés des acteurs stratégiques et se reflètent de moins en moins dans leurs préoccupations. Les acteurs tactiques peinent à faire le pont entre les deux autres champs.

Cependant des solutions sont envisagées au niveau des leviers d'habilitation : la direction des communications, faisant appel aux leviers du couplage et du *schemata*, pourrait agir comme un diffuseur de l'information à l'interne du CSSS. Elle enjoindrait aux acteurs stratégiques, soucieux de l'image organisationnelle, de s'impliquer davantage quant à l'adaptation de leur organisation à l'égard de populations migrantes et nouvellement arrivées.

Aussi, les infirmières conseillères, appartenant au niveau tactique, sont des *actrices de connectivité* capables de faire les liens inter-niveaux et inter-sphères. Elles ont un large éventail de connaissances et un réseau de plus en plus développé, tant à l'interne du CSSS, qu'à l'extérieur, via entre autres leurs collaborations avec les organisateurs communautaires. Un équilibre pourrait se créer et faciliterait le développement de la fonction fractale, en aboutissant à un processus d'adaptation multiniveaux, composé de prises en charge continues entre les différents acteurs et établissements.

La fractalisation de l'adaptation de la gouvernance multiniveau permet de coordonner les ajustements nécessaires, tout en évitant les doublons entre les différents champs et les différentes sphères. La gouvernance clinique faisant appel plus facilement aux leviers de type émergent et la gouvernance administrative aux leviers de type administratif, un point de jonction est possible si la fonction d'habilitation est appliquée au caractère multiniveaux de la gouvernance de l'organisation. Sinon, le risque de stagner dans un champ d'action est grand. Cela ne permet pas autre chose qu'une adaptation hétérogène et au cas par cas, avec des apprentissages individuels et collectifs limités.

Fractaliser l'adaptation de la gouvernance multiniveaux d'une organisation de santé revient à réunir plusieurs caractéristiques nécessaires : **(1)** des *acteurs de connectivité* dans les différents champs de l'organisation; **(2)** des leviers de type administratif et émergent existent et sont relayés par des leviers de fonction d'habilitation, permettant de les lier entre eux afin de réaliser des actions concrètes à différents niveaux de l'organisation; **(3)** une

organisation « réseautée » avec une diversité d'acteurs de l'Environnement. Par contre, un acteur partenaire unique comme dans le cas du CSSS 2 risque de monopoliser l'attention et la tension entre cet organisme et les acteurs opérationnels, au détriment d'une reconnaissance de l'enjeu et d'un support hiérarchique et organisationnel (voir article 4). **(4)** Enfin, le support des acteurs de l'Environnement régionaux et nationaux semble être important, facilitant la globalisation de l'enjeu et sa prise en compte plus systémique.

En bref, l'adaptation de la gouvernance multiniveaux d'une organisation de santé est « fractalisée » à travers la mise en place de leviers d'action la rendant visible et présente à chacun des niveaux de la gouvernance grâce à des *structures de connectivité* permises par la présence et l'implication *d'acteurs de connectivité*. Cela suggère avant tout de revoir les processus d'adaptation, en valorisant prioritairement les acteurs avant les structures.

Références

- Anderson, P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *Organization Science*, 10(3), 216-232
- Arford, P. H. and L. Zone-Smith (2005). "Organizational Commitment to Professional Practice Models." *Journal of Nursing Administration* 35(10): 467-472.
- Battaglini, A., M. Désy, et al. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Montréal, Direction Santé Publique: 11.
- Begun, J., B. Zimmerman, et al. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. *Advances in Health Care Organization Theory*, S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.). San Francisco, CA, Jossey-Bass.: 253-288.
- Boulais, J. (2010). La régionalisation de l'immigration au Québec : évolution de 1982 à 2006 des flux et des caractéristiques sociodémographiques. <http://hdl.handle.net/1866/4289>. M.Sc, Université de Montréal.
- Copans., J. (1999). L'enquête ethnologique de terrain. Paris, Nathan Université.
- Dubinskias, F. A. (1994). "On the Edge of Chaos." *Journal of Management Inquiry* 3(4): 355-366.
- Glaser, B. and A. Strauss (1967). The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research. Chicago, Aldline.
- Lane, D. and R. Maxfield (1996). "Strategy under complexity: Fostering generative relationships." *Long Range Planning* 29(2): 215-231.
- Leduc, N. and M. Proulx (2004). "Patterns of health services utilization by recent immigrants." *Journal of Immigrant and Minority Health* 6(1): 15-27.
- Levesque, J.-F., Raynald Pineault, et al. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Montreal, Agence de la santé et des services sociaux du Québec.
- Miedema, B., R. Hamilton, et al. (2008). "Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada." *Can Fam Physician* 54(3): 335-336.
- Miles, M. B. and A. M. Huberman (2003). Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.). Bruxelles, De Boeck.
- Mintzberg, H. (1989). Le Management : Voyage au centre des organisations. Paris.
- OMS-Europe (2005). Project summary: Migrant-Friendly Hospitals project. Vienne.
- OMS (2002). Stratégies avancées durables: Une stratégie visant à dispenser des services de vaccination et d'autres services aux populations non desservies. Genève, Organisation Mondiale de la santé.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods, Thousand Oaks.
- Poupart, Deslauriers, et al. (1997). La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville, Gaetan Morin ed.
- QDA Miner 3.2 (2010). "Logiciel d'Analyse Qualitative pour les Méthodes Mixtes - Provalis Research."
- Stacey, R. D. (1995). "The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes." *Strategic Management Journal* 16(6): 477-495.
- Strauss, A. L. and J. Corbin (1998). Basics of Qualitative Research (second edition). Newbury Park, CA, Sage.

- Stroebel, C. K., R. R. McDaniel, et al. (2005). "How Complexity Science Can Inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices." Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety **31**: 438-446.
- Uhl-Bien, M., R. Marion, et al. (2007). "Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era." The Leadership Quarterly **18**(4): 298-318.
- Weick, K. E. and R. E. Quinn (1999). "Organizational change and development." Annual Review of Psychology **50**(1): 361-386.
- Weick, K. E., K. M. Sutcliffe, et al. (2005). "Organizing and the Process of Sensemaking." Organization Science **16**(4): 409-421.
- Yin, R. K. (2009). Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition. Londres, Sage (1994).
- Zimmerman, B. J. and D. K. Hurst (1993). "Breaking the Boundaries: The Fractal Organization." Journal of Management Inquiry **2**(4): 334-355.

5.3 De l'ambiguïté de s'adapter : quels sont les facteurs d'influence pour la gouvernance multiniveaux des organisations de santé? (Article 4)

Cet article a été soumis au Printemps 2014 au *Journal of Management Inquiry (JMI)*, sous le titre :

“About the ambiguity of adaptation: what are the influence factors of multilevel governance in healthcare organizations?”

Auteurs:

Lara Maillet, Paul Lamarche, Marc Lemire, Tenbensel, T et Bernard Roy

Résumé

Lors de la prise en charge de populations migrantes, l'organisation de santé est confrontée à ses propres pratiques, croyances, valeurs et cultures.

Si les défis se rencontrent à priori au niveau clinique, entre le professionnel et le patient, ils ne peuvent, en restant à ce niveau, se résoudre que de manière individuelle.

L'objectif de cet article est d'analyser quels sont les facteurs d'influence de l'adaptation d'une gouvernance multiniveaux de deux organisations de santé, particulièrement pour les services infirmiers de première ligne, à l'égard de personnes migrantes. La gouvernance multiniveaux est définie comme un espace facilitant les interactions et la connectivité entre les multiples acteurs, tout en favorisant la fractalisation de l'adaptation de l'organisation.

À partir de deux propositions de recherche, une étude de cas auprès de deux établissements de santé, et de leur Environnement respectif, a permis de montrer que **(1)** des facteurs d'influences internes à l'organisation facilitent l'auto-éco-organisation des acteurs qui sont interdépendants; **(2)** des facteurs d'influence externes contribuent à la coévolution des acteurs de l'organisation de santé et des acteurs de l'Environnement. Ces *interactions* dites « *novatrices* », de par leur nature perméable et collective, sont à la base des organisations fractales; **(3)** le type d'interdépendance développée par les acteurs a tendance soit à façonner un Environnement stable, laissant reposer les besoins d'adaptation sur les acteurs opérationnels; soit à façonner un Environnement plus « accidenté », reposant davantage sur des interactions diversifiées entre les acteurs d'une gouvernance multiniveaux. De cette adéquation avec l'Environnement à façonner découle l'ambiguïté de s'adapter ou non pour une organisation.

Mots clés: Coévolution, interactions novatrices, organisation fractale, gouvernance multiniveaux, organisation de santé, adaptation

5.3.1 Introduction

Dans le cas de la prise en charge de populations vulnérables telles que des personnes migrantes, particulièrement les nouveaux arrivants (moins de 5 ans depuis l'immigration), l'organisation de santé dans son ensemble est confrontée à ses propres pratiques, croyances, valeurs, cultures et organisations (Nacu, 2011). En effet, les gestes cliniques et organisationnels les plus anodins sont remis en question face à une personne ne percevant pas le monde de la même manière (ici le monde santé/maladie/culture est en interaction avec la migration entendue comme un processus) (Sterlin, 2006).

Montrer comment le fait de s'intéresser à l'adaptation de la gouvernance des organisations de santé lors de la prise en charge de personnes migrantes ou nouvellement arrivées revient à se questionner sur la manière dont les acteurs des différents niveaux hiérarchiques d'une organisation de santé interagissent et développent des capacités collectives (cliniques et organisationnelles) permettant de répondre aux *défis de la différence*, c'est-à-dire au rapport à autrui.

Nous postulons à cet égard que si les défis se rencontrent à priori au niveau clinique, entre le professionnel et le patient, ils ne peuvent, en restant à ce niveau, se résoudre que de manière individuelle. Bien que cette situation soit individualisée pour le patient, la structure de l'organisation, et de l'Environnement dans lequel elle s'inscrit, doit permettre des réponses collectives en favorisant une prise de conscience et de connaissance de la part des acteurs de l'ensemble du système. La réponse des différents paliers de gouvernance à ce type de questionnement nécessite des interactions entre les patients, les professionnels, les gestionnaires, les administrateurs et les partenaires de l'Environnement (voir article 2).

Nous voulons montrer comment une organisation de santé adapte les services qu'elle offre à une patientèle de plus en plus diversifiée, et vulnérable à bien des égards (Munoz & Chirgwin, 2007). Pour se faire, les approches de la gouvernance multiniveaux et de la gouvernance clinique sont sollicitées.

Pour commencer, nous entendons par gouvernance un « *mouvement de décentrement* » de la prise de décision, avec une multiplication des lieux et des acteurs impliqués dans cette décision. Il (le mouvement) renvoie à la mise en place de nouveaux modes de régulation plus souples, fondés sur le partenariat entre différents acteurs » (Hufty,

2007). Au sein d'établissements de santé de première ligne, la gouvernance peut aussi être entendue comme « *la conception et la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité* » (Brault et al., 2008; Hatchuel, 2000a). Selon ces perspectives, la gouvernance des organisations de soins porte une vision sociale et politique. On situerait alors la gouvernance au cœur d'un processus permettant des stratégies de changement tant sur le plan fonctionnel, que sur les perceptions des différents acteurs de la légitimité et de la crédibilité des organisations (Callon et al., 2001; Hatchuel, 2000a). Ainsi, la prise en compte, par les gestionnaires et les administrateurs de la réalité vécue par les professionnels est fondamentale dans la recherche de solution.

Dans une logique de *gouvernance adaptée*, les interactions ne sont pas unidirectionnelles et laissent aux acteurs cliniques la possibilité d'intervenir au niveau de la gouvernance, afin de permettre l'émergence de nouvelles idées ancrées à la réalité locale au sein d'un réseau de proximité. En effet, une gouvernance adaptée se définirait, selon Lamothe (2007), par une meilleure adéquation des processus organisationnels avec les processus cliniques et cela en favorisant un leadership crédible de la part des professionnels. Selon l'auteure, « *l'adaptation du cadre structurel-administratif émerge également d'un processus d'apprentissage soumis à l'influence combinée des dynamiques interprofessionnelles et inter-organisationnelles* » (p. 296).

Ainsi les professionnels pouvant jouer un tel rôle au sein de dynamiques de la gouvernance clinique sont les médecins et les infirmières particulièrement. En effet, si le rôle du médecin paraît évident, les infirmières sont reconnues comme étant au cœur de la prise en charge des patients, notamment les plus vulnérables. Elles développent souvent un rôle *d'advocacy* envers ce type de patientèle, dont les migrants peuvent faire partie (Breier-Mackie, 2007; Copp, 1986). En effet, étant la porte d'entrée du système de santé, via les organisations de première ligne, les infirmières accueillent, évaluent et trient l'ensemble des nouveaux patients, qu'ils soient migrants ou non (Leduc & Proulx, 2004; Jean-Frédéric Levesque et al., 2007; Miedema et al., 2008). Dans le cas de la prise en charge de patients migrants, l'organisation des services infirmiers peut jouer un rôle central dans le processus d'évaluation, d'orientation et de suivi notamment par l'utilisation de ressources et de compétences infirmières maximisée dans une perspective holistique, à savoir centrée sur le

patient, en interaction avec la famille de ce dernier et la communauté (Cognet, Bertot, Couturier, Rhéaume, & Fournier, 2005).

Ces changements vécus au niveau de la pratique invitent les gestionnaires et les administrateurs à envisager en première ligne une gouvernance qui permettrait de maximiser l'étendue de pratique des infirmières (D'Amour et al., 2009) notamment lors de la prise en charge de personnes migrantes. Les stratégies mises en place au niveau de la pratique clinique peuvent influencer la gouvernance clinique et administrative, tant au niveau opérationnel c'est-à-dire les professionnels et intervenants en santé, tactique qui désigne les gestionnaires et stratégique : les administrateurs (Pomey et al., 2008) dans l'orientation des choix opérés en matière d'adaptation des services aux patientèles vulnérables telles que des personnes migrantes.

L'objectif de cet article est de mieux appréhender les facteurs d'influence de la gouvernance de deux CSSS dans l'adaptation des services de première ligne à l'égard de personnes migrantes.

À partir du cadre conceptuel du processus d'adaptation d'une organisation de santé complexe développé antérieurement, six propositions de recherche sont ressorties (voir article 1). Dans l'article actuel, nous traiterons les deux propositions suivantes :

Proposition 1 : C'est grâce à certains facteurs d'influence que la gouvernance multiniveaux incite des démarches **collectives** soit à l'interne de l'organisation, soit à l'externe avec des acteurs de l'Environnement. Ce qui encourage la coévolution, la mise en place d'adaptations homogènes et l'émergence de nouvelles pratiques adaptées.

Proposition 2 : Les interactions entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement dépendent de plusieurs facteurs d'influence et sont primordiales quant à la mise en place de conditions d'adaptation favorables ou non.

Après avoir présenté succinctement le cadre théorique et la méthodologie utilisés, les résultats, suivant les deux propositions de recherche, sont présentés en trois parties. Premièrement, nous analysons les facteurs internes qui influencent l'adaptation des organisations de santé. Deuxièmement, ce sont les facteurs externes qui privilégient des liens

coévolutifs entre l'organisation de santé et son Environnement afin de s'adapter ou non à la prise en charge de patients migrants. Et troisièmement, les « interactions novatrices » sont intimement liées au contexte et aux types de relations qu'entretiennent les différents acteurs impliqués.

5.3.2 Quelques définitions pour mieux appréhender la complexité

Dans cet article nous souhaitons comprendre quels sont les facteurs d'influence de la gouvernance de deux CSSS dans l'adaptation des services de première ligne à l'égard de personnes migrantes.

La réponse à cette question dépend de la conceptualisation que l'on s'en fait et plusieurs théories seraient envisageables. Nous avons choisi les approches théoriques de la complexité. Par contre, il existe de nombreuses définitions d'un système adaptatif complexe (Ford, 2010; Gleick 1988; Holland, 1995; P. E. Plsek & Greenhalgh, 2001). Nous retenons que les organisations sont des parties du système, étant composées elles-mêmes d'une multitude d'acteurs interdépendants, agissant selon leurs propres intérêts (P. Anderson, 1999). Les organisations sont d'ailleurs le lieu de nombreux jeux de pouvoirs et de rapports de forces. Afin de s'imprégner au mieux des éléments constitutifs des théories de la Complexité, les termes d'auto organisation, d'auto-éco-organisation, de coévolution, d'organisation fractale, d'interactions novatrices et du façonnement de l'environnement sont définis plus précisément dans la partie ci-dessous.

L'auto-organisation est la capacité d'autonomie des acteurs leur permettant de s'adapter. L'auto-organisation est au cœur des organisations de santé puisqu'une organisation formée de professionnels est basée sur l'autonomie et l'interdépendance de chacun des membres (voir article 1). L'auto-organisation est organo-centrée, influencée par des facteurs endogènes. Selon nous, l'auto-organisation implique l'acteur de manière individuelle. Cela peut être une personne (une infirmière, un médecin ou un directeur) ou un groupe d'individus (service clinique ou administratif). L'auto-organisation est liée à chacun des acteurs au sein d'une organisation, ce qui signifie que les comportements possibles sont hétérogènes et basés sur l'apprentissage (McDaniel et al., 2009; Senge, 1990).

Les acteurs qui travaillent ensemble peuvent adopter une vision d'ensemble partagée (*schemata collectif*), leur permettant de partager aussi leurs différents savoir-faire, expériences et expertises grâce à des mécanismes rétroactifs positifs ou négatifs (Anderson, 1999; Hassey, 2002). Les *rétroactions positives* permettent aux acteurs de continuer dans le sens de l'action entreprise. Cela peut aller vers de nouvelles pratiques adaptées, faisant émerger du même coup d'autres comportements. Les rétroactions positives proviennent de changements inattendus dus à certaines interactions (Rickles et al., 2007). Les *rétroactions négatives* consistent, quant à elles, en un retour aux conditions initiales où les effets de l'adaptation et du changement sont estompés.

Cependant, une organisation quelle qu'elle soit, ne peut se développer seule, et l'**auto-éco-organisation** est une étape vers son positionnement par rapport à son Environnement extérieur (Morin, 2005 (1990)). L'auto-éco-organisation est la capacité de chaque acteur à s'adapter en interaction avec les acteurs de l'Environnement (voir article 1). L'Environnement prend ici de l'importance et devient un facteur exogène d'influence sur l'organisation. C'est un agrégat de multiples actions hétérogènes pouvant aller dans un même sens. Tendre vers une meilleure intégration des services nécessite que l'autonomie de chacune des entités impliquées soit recentrée afin de permettre aux interactions de se créer, de se pérenniser et d'évoluer. Les chasses gardées de certains groupes sont reconfigurées, voire éclatées dans un souci d'homogénéiser les structures d'actions et de prises de décisions, et permettre de donner des soins intégrés et centrés sur la trajectoire du patient.

Selon notre lecture des systèmes adaptatifs complexes, l'auto-éco-organisation est la pierre angulaire de l'intégration, d'où émergent des « *manipulations d'interdépendances* » entre les différents acteurs d'un système (Levinthal & Warglien, 1999). C'est-à-dire que les interdépendances entre les différents acteurs ne sont pas fixes et contraintes uniquement par des conditions externes à l'organisation de santé. Au contraire, ces interdépendances peuvent être manipulées afin d'agir sur l'adaptation organisationnelle directement. Il en résulte une certaine cohérence entre l'organisation et l'Environnement. À l'instar de Nonaka (1994), la formation d'équipes auto-éco-organisées (*'self-organizing teams'*²²) facilite le lien de

²² Nonaka, dans son texte *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*, ne parle pas d'auto-éco-organisation mais d'équipes auto-organisées (self-organizing team). Cependant, il définit clairement que ce type d'équipe de travail ne peut se restreindre aux frontières d'une organisation, mais plutôt interagir avec l'environnement (p.23). Ce qui, dans les

confiance parmi les acteurs, et accélère le partage de connaissances et d'expériences en ce qui a trait à l'adaptation des services. Cependant, il n'est pas suffisant de regarder le processus d'adaptation uniquement d'un sens : l'organisation s'adapte à son Environnement. C'est une relation duale (Stroebel et al., 2005).

La **coévolution** est le processus par lequel l'organisation et l'Environnement sont des acteurs qui s'inter-influencent. La coévolution est l'assemblage des auto-éco-organisations de l'organisation de santé et de l'Environnement : c'est le point d'échange entre l'interne et l'externe (voir article 1). Ce processus peut mener à une coadaptation. La coévolution peut être présente entre un programme et son Environnement ou bien à n'importe quel niveau de l'organisation, menant possiblement à une fractalisation de l'adaptation et à une organisation fractale (voir les articles 2 et 3).

L'**organisation fractale** est une organisation où quel que soit le niveau, le champ ou la sphère dans laquelle on se place, le processus d'adaptation s'effectue de manière similaire, c'est-à-dire semblable sans être parfaitement identique. L'image des poupées russes est une bonne représentation d'une organisation fractale : elles ont toutes la même forme (structure) tout en ayant plusieurs caractéristiques particulières. À partir d'une base commune, chacune des parties va répondre à ses besoins, créer des liens internes et externes tout en maintenant le même fonctionnement que dans les autres sphères de l'organisation.

Ce type d'organisation permet ainsi de décupler les échanges, les liens et les actions dans un espace restreint pour faciliter une gestion selon les acteurs et non selon des structures, hiérarchique notamment (B. Zimmerman & Hurst, 1993).

La coévolution est faite à partir d'**interactions novatrices** qui sont des interactions basées sur les connaissances collectives et non juste individuelles. C'est à dire que seul, un acteur ne peut créer ces interactions novatrices. Elles émergent via la mise en commun des connaissances de chacun des acteurs impliqués, et peuvent survenir à n'importe quel niveau de l'organisation (B. Zimmerman & Hayday, 2003). Selon Lane et Maxfield, ce sont des *“relationships that produce new attributions and, ultimately, sources of value that cannot be*

termes de Morin, évoque l'auto-éco-organisation. C'est une distinction, entre auto-éco-organisation et auto-organisation, qui est très rarement faite dans la littérature anglophone.

foreseen in advance” (1996: 216). Ces interactions, une fois formées, entraînent des changements dans la façon de voir les choses (schemata des acteurs) et de les structurer (P. Plsek, 2003). Dans ce type d’interactions, l’Environnement a une grande importance. L’organisation ne peut agir seule et c’est dans cette logique que les *interactions novatrices* sont les plus favorisées et créent les liens coévolutifs nécessaires (Lane & Maxfield, 1996).

Enfin, le ***Façonnement de l’Environnement*** permet de comprendre l’adéquation des acteurs et des organisations à des environnements soit accidentés , soit plus stables (Levinthal & Warglien, 1999). Ce façonnement de l’Environnement représente en fin de compte les capacités réelles ou attendues d’une organisation, et de sa gouvernance, à s’adapter vis-à-vis de son Environnement.

Si l’Environnement et ses acteurs sont des facteurs importants quant au degré d’interdépendance entretenu avec l’organisation de santé, son état l’est tout autant pour les futures *interactions novatrices*. En effet, lorsque l’Environnement est stable et non diversifié, les acteurs restent dans un *statu quo* sans chercher à faire autrement ou à s’adapter. N’étant pas interdépendant, chacun peut agir selon ses propres règles, sans se soucier d’une quelconque répercussion sur les autres. Par contre, lorsque l’Environnement est plus instable, imprévisible et diversifié, les acteurs sont plus à même de s’inscrire dans une perspective d’adaptation et de changement, à travers une augmentation des interdépendances. Les travaux de Kauffman, issus de la biologie, vont dans ce sens. Selon cet auteur, dans un processus de coévolution, l’adaptation d’un organisme (un individu, une espèce ou une organisation) dépend des caractéristiques des autres organismes avec lesquels il interagit, tandis que chacun s’adapte et change simultanément (Kauffman, 1993). La différence principale entre l’évolution dans un Environnement fixe ou stable et un Environnement coévoluant est que le premier peut grosso modo être vu comme un espace dans lequel une seule position est visée. Dans un environnement coévoluant, la situation est plus complexe : les Environnements *accidentés* doivent déployer assez de force pour intégrer l’ensemble des interactions de chacun des Environnements et des partenaires s’y raccordant (Kauffman, 1993: 33).

5.3.3 Méthodologie

Stratégie de recherche

La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples avec niveaux d'analyses imbriqués, selon une approche qualitative (Yin, 2009). Le choix de se concentrer sur deux Centres de santé et services sociaux (CSSS) montréalais plutôt que Montréalais s'est imposé puisque nous voulions nous intéresser au processus d'adaptation dans des établissements plus « novices » en termes d'immigration internationale et de mixité culturelle combinée à la vulnérabilité. L'étude de deux territoires, urbain et semi-urbain, se veut le plus proche possible de cette réalité et en cohérence avec les politiques de régionalisation existantes. Ces politiques de régionalisation ayant cours au Québec (Boulais, 2010), nous voulions comprendre davantage les influences du contexte pouvant s'exercer sur les établissements de santé et leur propension à s'adapter à de nouveaux phénomènes.

Les unités d'analyse (les cas) sont les deux CSSS (CSSS1 et CSSS2) connus comme étant les portes d'entrée des services de santé et des services sociaux pour la population, dont les migrants et les nouveaux arrivants font partie (Battaglini et al., 2007; Leduc & Proulx, 2004). L'étude s'est penchée particulièrement sur trois programmes cliniques : Famille-enfance jeunesse (programme A), Santé physique (programme B), et Santé publique / action communautaire (programme C). Nous les avons choisis en raison de l'importance des contacts avec des personnes migrantes et nouvellement arrivées ainsi que des enjeux les entourant. Les programmes sont utiles dans notre recherche comme unité d'observation, mais ce ne sont pas des unités d'analyse.

Plusieurs services administratifs ont aussi été retenus ainsi que deux organismes communautaires (Org. Comm. 1, Org. Comm 2), très importants au niveau de la Montérégie et de chacun des deux territoires des CSSS concernés. Enfin, un acteur de l'antenne régionale du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) fut interrogé. Au total, 43 entrevues semi-directives ont été menées de novembre 2010 à février 2011 inclusivement. Six (6) dernières entrevues (MICC et Organismes communautaires) ont été réalisées en avril 2012. C'était un choix délibéré que d'attendre l'avancement de l'analyse des 43 premières entrevues afin de pouvoir creuser davantage certains thèmes avec les acteurs de l'Environnement. L'ensemble des entrevues fut conduit par la même chercheuse.

Éligibilité et Échantillonnage

Pour la sélection des répondants, nous avons procédé par échantillon stratifié pour les deux CSSS et par échantillon « boule de neige » pour les acteurs de l'Environnement (Poupart et al., 1997). L'échantillonnage stratifié s'est fait avec l'aide d'un informateur clé dans chacun des CSSS, en choisissant des répondants dans chacun des trois champs d'action. Le rôle de l'informateur clé permettait, pour le champ opérationnel surtout, de cibler les personnes travaillant plus fréquemment avec des migrants et des nouveaux arrivants. Cependant, afin de limiter les biais de sélection, nous avons également ciblé des intervenants ayant moins accès à ce type de patients, afin de saisir aussi dans quelle circonstance la pratique « moins experte » face à la diversité culturelle se vivait de la part des acteurs opérationnels.

À partir des travaux de Mintzberg (1989), nous avons délimité trois champs d'action : opérationnel, tactique et stratégique. Le champ d'action *opérationnel* représente tous les professionnels de santé, qui pratiquent en clinique et qui sont en lien direct avec les patients (infirmières, médecins, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires). Le champ d'action *tactique* représente la partie managériale et de gestion de l'organisation (infirmière gestionnaire, gestionnaire des ressources humaines (RH) ou des communications et conseillères-cadres). Enfin, le champ d'action *stratégique* représente l'espace « hiérarchique » de prise de décision occupé par les directeurs et les administrateurs-chefs (direction générale, direction des soins infirmiers, direction des services professionnels, directions cliniques, membres du conseil d'administration et des trois conseils consultatifs : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et Conseil multidisciplinaire (CM)). De plus, ces trois champs d'action ont été divisés en deux groupes : la sphère clinique et la sphère administrative. **La sphère clinique** se préoccupe des phénomènes reliés à la clinique et aux professionnels, tout en gérant l'interface avec la sphère administrative. Elle est davantage tournée vers le monde du *traitement*, du soin et celui de la *communauté*, tout en s'accommodant à celui du *contrôle* des gestionnaires. **La sphère administrative quant à elle** gère les phénomènes organisationnels en interface avec la sphère clinique, à laquelle elle est au service, et non l'inverse (Lamarche et al., 2008).

Les acteurs de l'Environnement provenaient de trois types d'organisations : (1) deux organismes communautaires, ressortant de manière unanime dans les entrevues en CSSS (2)

de l'instance régionale de santé, et (3) du Ministère de l'Immigration (antenne régionale). Sur 57 entrevues prévues au départ, seulement 8 personnes n'ont pu se libérer pour y prendre part. Il faut noter que ce sont essentiellement des répondants du champ opérationnel dans le CSSS 1 qui ont refusé de participer. Pour l'anecdote, lors de la prise de rendez-vous pour les entrevues, il était fréquent que les répondants eux-mêmes contactent la chercheuse pour participer à l'étude. L'intérêt ne manquait pas.

Tableau 7: Échantillon de l'étude : répartition des entrevues selon les sites, les champs d'action et les sphères

Site	Champ Stratégique (n)		Champ Tactique (n)		Champ Opérationnel (n)	Refus (n)	Total
	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Administrative	Sphère Clinique	Sphère Clinique		
CSSS 1	4	5	3	3	3	6	18
CSSS 2	4	5	2	2	7	1	20
Agence	4		1			1	5
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 1 et 2					5		5
MICC			1				1
Total	22		12		15	8	49

L'analyse des données s'est effectuée à partir des retranscriptions d'entretiens. Nous avons procédé à une analyse par codage, en les classant par thèmes et sous-thèmes provenant soit de notre cadre théorique, soit des données elles-mêmes lorsque le thème se répétait (Miles & Huberman, 2003). Le thème était retenu à partir du moment où au moins trois répondants (tous niveaux confondus) le mentionnait.

Collecte des données

Sources

Deux sources de données ont été utilisées dans cette recherche : **1-**des sources documentaires (n=21), et **2-** des entretiens individuels (n = 49).

Les sources documentaires ont servi à situer l'enjeu de la migration et de l'adaptation des services de santé au niveau des archives gouvernementales, ministérielles et de l'Agence régionale mais aussi au niveau local, c'est-à-dire au niveau des CSSS et des organismes communautaires partenaires, intervenant auprès de personnes migrantes. Cette recherche de documentation a permis d'étoffer les ressources transmises par les participants aux entrevues. Ces sources documentaires nous ont permis de saisir par exemple ce que l'Environnement sollicite de la part de chacun des CSSS étudiés.

Des entrevues semi-dirigées (N=49) ont été réalisées auprès de professionnels (champs opérationnels), de gestionnaires (champs tactique) et d'administrateurs (champs stratégiques) (Tableau 1). En termes d'échantillonnage, nous avons utilisé deux méthodes : échantillonnage stratifiée et « boule de neige ». La méthode « boule de neige » a été utilisée pour les entrevues avec les acteurs des Environnements et nous nous sommes servis du principe de saturation des données pour délimiter plus précisément le nombre total d'entrevues (Glaser & Strauss, 1967; Poupart et al., 1997; Strauss & Corbin, 1998).

Enfin, il a été tenu tout au long du terrain un *journal de bord* détaillant précisément l'ensemble du processus de recherche (anecdotes, réflexions personnelles de la chercheure, événements spécifiques, etc.) (Copans., 1999). Cela permet de retracer l'ensemble des activités effectuées par la chercheure et est d'une aide précieuse lors de la rédaction finale.

Une fiche « synthèse » a été élaborée pour chacune des entrevues (Miles & Huberman, 2003). Cette fiche « synthèse » des entrevues individuelles a été transmise aux répondants du CSSS 1 afin qu'ils puissent valider et confirmer le tout. Étant donné que l'ensemble des fiches « synthèses » était conforme pour l'ensemble des répondants, nous avons postulé qu'il n'était pas nécessaire de faire la même démarche auprès du CSSS 2. Le CSSS 1 fut choisi pour des raisons pratiques : les entrevues y furent finies en premier et résumées en premier. De plus, en septembre et décembre 2011 se tinrent des rencontres à l'Agence régionale et à l'organisme communautaire 1. Plusieurs répondants des deux CSSS étaient présents, soit directement soit par visioconférence. Les analyses et les premiers résultats de la recherche leur furent présentés. Des discussions s'en suivirent, et les répondants étaient satisfaits qu'une telle démarche ait eu lieu. Ces étapes de restitution ont permis, tout au long de l'étude, un retour d'informations et une transparence vis-à-vis des répondants, accentuant la *validité interne* et la *crédibilité* de l'étude (Poupart et al., 1997).

Enfin, le protocole de recherche, déposé en mars 2010, a répondu à l'ensemble des critères de deux comités d'Éthique.

Instruments

Une grille d'entrevue individuelle a été construite afin de couvrir l'ensemble des concepts et des dimensions du cadre conceptuel proposé. La grille d'entrevue étant flexible, nous l'avons adapté pour chacun des groupes d'acteurs interrogés (opérationnel, tactique et stratégique). Nous avons demandé aux différents acteurs d'émettre des idées ou des stratégies qui selon eux seraient utiles au processus d'adaptation des services. Les entrevues ont été enregistrées, avec la permission des participants, afin d'en faciliter la retranscription.

Stratégies d'analyse

L'analyse et la collecte se sont faites de manière simultanée et comportaient des aspects itératifs au niveau de la codification et de la catégorisation, ce qui a permis un ajustement des guides d'entrevues. Une fois les entretiens retranscrits, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner version 3.2 (2010) pour saisir les données et en faciliter l'analyse. Les données ont été réduites (matrices, schématisation des relations, mémos, résumé de cas), ce qui permet de poser des hypothèses d'explications vérifiables à partir des données déjà collectées et celles s'en venant (Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002; Poupart et al., 1997).

Qualité des résultats

L'analyse a suivi deux étapes : une première étape correspondait à une *analyse interne des cas*, c'est à dire par CSSS. Le but visé était de regrouper et synthétiser les résultats afin d'établir un portrait du CSSS concernant les dynamiques et les processus autour de l'adaptation des services à l'égard des migrants et des nouveaux arrivants. Pour guider l'analyse, nous nous sommes basés sur six propositions de recherches formulées à partir du cadre conceptuel développé et des objectifs généraux de la recherche. La profondeur de l'analyse de chacun des cas a permis d'atteindre une forte validité interne (Yin, 2009). Les interprétations ont été validées avec des acteurs des différents champs d'action afin de satisfaire le critère de crédibilité (fiche « synthèse » pour les répondants du CSSS 1 et deux restitutions de résultats préliminaires auprès de plusieurs répondants des deux CSSS, de

l'Agence régionale et des Organismes communautaires). De plus, la validation des analyses et des interprétations ont aussi été discutées avec les directeurs de recherche de la doctorante. La seconde étape consista en une *analyse transversale des cas* qui permit de comparer les deux CSSS afin de dégager des constats plus larges sur chacune des propositions analysées. Pour cela, la recherche de liens explicatifs a été privilégiée afin de mettre à jour les mécanismes sous-jacents au processus d'adaptation et aux interactions entre les différents acteurs et niveaux de gouvernance (Poupart et al., 1997).

5.3.4 Résultats

L'objectif de cet article est de mieux appréhender *les facteurs d'influence* de la gouvernance de deux CSSS dans l'adaptation des services infirmiers de première ligne à l'égard de personnes migrantes. Afin de comprendre quels sont les facteurs internes et externes qui influencent le processus d'adaptation d'une organisation de santé, nous avons analysé les données selon deux propositions de recherche issues du cadre théorique développé antérieurement (voir article 1).

Proposition 1 : C'est grâce à certains facteurs d'influence que la gouvernance multiniveaux incite des démarches **collectives** soit à l'interne de l'organisation, soit à l'externe avec des acteurs de l'Environnement. Ce qui encourage la coévolution, la mise en place d'adaptations homogènes et l'émergence de nouvelles pratiques adaptées.

L'analyse de cette proposition a fait ressortir deux ensembles de facteurs : les facteurs d'influence internes et les facteurs d'influences externes. Les premiers agissent au sein des CSSS, avec la collaboration des acteurs de l'Environnement. Ce sont des facteurs facilitant l'auto-éco-organisation des CSSS. Les seconds agissent quant à eux à la fois sur les CSSS et les acteurs de l'Environnement. Ce sont des facteurs favorisant la coévolution.

5.3.4.1 Des facteurs d'influence internes, facilitant l'auto-éco-organisation

Les deux CSSS étudiés font état de plusieurs facteurs internes pouvant aider à apporter des solutions d'adaptation : l'adéquation entre les programmes, la connectivité

interne, la communication, le *schemata* et le mode de gouvernance. Ces facteurs agissent sur l'auto-éco-organisation.

❖ *Adéquation entre programmes*

Il existe par exemple une adéquation entre les programmes ciblés par notre recherche et les ressources qu'ils emploient. La patientèle migrante étant une patientèle transversale, c'est-à-dire qu'elle peut se retrouver dans plusieurs services ou programmes, il est difficile de dédier une personne ou une ressource à ce type de patients. Ainsi, le rôle d'infirmière pivot est utilisé afin de prendre en charge plus largement ce type de patient, et de les transférer en s'assurant de la continuité avec les autres services au besoin. Dans le CSSS 1, ce type d'adaptation est courant au sein des trois programmes. La connectivité inter-programme et inter-sphère est globalement bonne, malgré quelques silos relevés dans le programme B. On entend par connectivité l'établissement de liens, temporels et spatiaux, entre les acteurs d'une organisation et avec ceux de l'Environnement. Le nombre d'interactions et de connexions entre les acteurs est plus important que la force ou la faiblesse des liens eux-mêmes (voir article 3; (Stacey, 1995).

« Les intervenants non plus, ce n'est pas toutes des infirmières, il y a de TOUT, il y a des travailleuses sociales, des nutritionnistes, des infirmières. Donc, ils vont souvent parler en groupe et faire des rencontres multi pour aller discuter du cas : qu'est-ce qu'on peut faire pour cette cliente-là ? On va faire ça et ça pour l'état de cette personne-là »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS1]

« C'est pour ça que je fais le lien avec la santé publique, parce que c'est comme ça, la santé publique est transversale, nous autres, c'est comme ça qu'on l'imprime dans nos programmes, elle est un petit peu partout, et c'est ça que ça devrait être aussi avec cette clientèle-là »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1]

« On travaille tous en silo, on a des ressources, mais on ne les fait pas connaître de tous. Puis ça serait à l'avantage de tous, de cette grande province-là, d'avoir ça, d'avoir des modèles : « Ça fonctionne chez vous ta recette? Publiez là! On va peut-être pouvoir la faire chez nous »

[Acteur Tactique, Clinique, CSSS1]

❖ *Connectivité interne et acteur de connectivité*

L'utilisation d'*acteur de connectivité* tel que les infirmières pivot est un facteur interne qui permet l'adaptation des prises en charge de patients migrants. Dans le CSSS 2 par contre, ce type de facteur est plus difficile à appliquer puisque les silos interprogrammes semblent plus opaques. Les actions se déroulent la plupart du temps par programme, ce qui empêche une pleine auto-éco-organisation puisque la connectivité est intraprogramme. La continuité entre les programmes et les services semble plus délicate à obtenir et les actions se maintiennent souvent au cas par cas et aux adaptations hétérogènes.

« Entre infirmières (...) avec la direction du programme, on va en parler un peu à l'occasion de cas (...) je peux en parler avec ma patronne là : « J'ai quelqu'un, quelque chose, des difficultés. Comment on peut organiser ça? ». Mais il y a pas d'actions précises qui se font à ce niveau-là, c'est vraiment du cas par cas comme n'importe quel autre client qui a une difficulté particulière. »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

Cela suscite des tensions, notamment entre les programmes plus communautaires (A et C) et les programmes plus médico-cliniques ou hospitalo centrés (B). Il faut rappeler ici que le CSSS 2 est fusionné à un hôpital, ce qui n'est pas le cas du CSSS 1.

« Et il faut pas se le cacher, depuis qu'on est un CSSS, c'est l'hôpital qui ramasse la grande majorité du budget, donc la prévention en prend un coup. On doit justifier nos jobs »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

« C'est évident que ce qui prend beaucoup de place, c'est (...) les soins à l'hôpital, les soins d'urgence, les patients hospitalisés. Les programmes autour, je dis pas, je voudrais pas dire qu'on s'en occupe pas, mais c'est certain que... il faut crier fort pour être sûrs de se faire entendre »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

❖ *Communication*

À l'interne, la communication est aussi un facteur d'influence. Dans les deux CSSS, c'est un facteur qui doit être amélioré, et c'est une préoccupation qui ressort comme un obstacle majeur à l'adaptation. En effet, dans chacun des CSSS, il existe des discussions de cas permettant le partage et l'échange d'informations sur les stratégies ou les ressources employées par chacun des acteurs opérationnels afin d'adapter leurs interventions. Cependant un maillon manque à cette chaîne d'informations. En effet, suite aux rencontres des intervenants et à la répétition des enjeux auxquels ils font face lors d'interventions auprès de patients migrants, l'écoute et le regroupement des stratégies employées ne se font pas ou très peu. Ce qui laisse les intervenants dans une sensation de vide clinique et organisationnel, sans support hiérarchique de la part d'acteurs tactiques ou stratégiques.

« Culturellement c'est vraiment différent, puis il faut vraiment je pense adapter notre pratique professionnelle en fonction vraiment de leur culture, mais (...) je n'ai pas de balise, je n'ai pas de repère vraiment, moi je ne connais rien du tout, ça fait que j'avais été demandée à une travailleuse sociale comment ça se comporte une famille immigrante »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

❖ *Schemata*

Le *schemata*, qui est une structure cognitive qui détermine l'action de l'acteur prise au temps t , avec sa perception de l'Environnement au temps $t-1$, est un facteur d'influence interne qui ressort dans les deux CSSS étudiés. Dans le premier, il est vu, suite au changement de direction opéré quelque mois auparavant, comme un facteur facilitant l'adaptation. Dans le second CSSS, il est perçu tel un facteur défavorable à l'adaptation puisque sous le joug d'un pouvoir hiérarchique descendant et opaque.

Pour plusieurs acteurs du CSSS1, le *schemata* dépend de la vision portée par les acteurs stratégiques. Si ces acteurs prennent le pouls du terrain et décident que l'adaptation est un processus nécessaire au bon fonctionnement clinique, organisationnel et communautaire du CSSS, les acteurs opérationnels et tactiques n'auront pas d'autres choix que de partager à leur tour cette vision. Non pas qu'elle est imposée par les acteurs stratégiques, mais elle est

plutôt rapportée par des acteurs tactiques et opérationnels pour être ensuite amplifiée à l'ensemble de l'organisation.

« On peut bien avoir beaucoup de volonté comme intervenant si on sent pas une ouverture de nos gestionnaires de haut niveau-là, les cadres supérieurs, on ira pas loin ... ce que je peux dire, c'est que depuis quelques mois, on sent qu'il y a une volonté de faire différemment avec les nouveaux directeurs qui viennent d'arriver, une nouvelle façon de voir, une nouvelle philosophie, un dynamisme extrêmement intéressant. Ces directeurs-là sont présents dans le milieu. Ils viennent sur les concertations, ils sont sur le conseil d'administration. Maintenant on sent un vent qui est fort réjouissant »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS1]

« Alors, comme je disais tout à l'heure au niveau de l'immigration, il y aura un énoncé de notre petit projet de société, via le journal interne pour donner de l'indication qu'au CSSS1 l'intervention auprès des personnes immigrantes est extrêmement importante. Ça vient donner des couleurs, mais de l'oxygène à ceux qui sont à la base et ça pour moi, c'est une condition extrêmement importante. Quand le directeur général, quand l'ensemble du comité de direction y croit, ça donne beaucoup, beaucoup d'oxygène et d'énergie à la base »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS1]

Cependant, si le facteur du *schemata* est favorable à l'adaptation dans le cas où plusieurs acteurs de différents niveaux d'action et différentes sphères le partagent, il reste que convaincre les acteurs stratégiques et tactiques, notamment de la sphère administrative, n'est pas une tâche facile. La vision CSSS paraît pour plusieurs trop bureaucrate, s'éloignant du même coup des besoins des milieux et des patients.

« Non, l'arrivée des CSSS a changé la donne, moi c'est ma vision ...ça a changé la donne et on est plus au ras des pâquerettes comme on était avant à travailler avec le monde dans les milieux de vie...c'est plus difficile...beaucoup plus difficile. (Il y a) une plus grande fonctionnarisation et bureaucratisation de l'intervention depuis la création des CSSS »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS1]

En continuité avec ces dernières constatations, le *schemata* « médico-hospitalier », c'est-à-dire hospitalo-centré, régnant dans le CSSS 2 est un facteur défavorable à l'adaptation. En effet, pour plusieurs répondants la fusion des centres de santé communautaire avec un hôpital a écarté la mission communautaire et de proximité du CSSS 2 formé. En plus de s'approprier les priorités budgétaires et administratives, le centre hospitalier ne permet pas, ou peu, aux acteurs opérationnels de se faire entendre. Leurs préoccupations ne sont que rarement portées dans les champs tactique et stratégique de l'établissement. Les acteurs stratégiques eux-mêmes reconnaissent s'être éloignés du « terrain » et être moins connectés aux besoins des acteurs opérationnels et des patients. La vision qu'ils en ont pouvant se limiter, par exemple, aux tableaux de gestion faisant état quantitativement des services fournis, des lits occupés ou vacants au sein de l'hôpital et du temps d'attente en salle d'urgence.

« Je pense qu'avant c'était plus ouvert aux intervenants, les projets (...) on avait des projets et puis on pouvait en créer. Maintenant, c'est plus comme ça. C'est toujours une question de budget, je pense. On peut plus innover comme avant. »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

« Comme ici, on a sorti ce qui s'appelle nos tableaux de bord de gestion, et puis ces tableaux de bord de gestion, c'est un vrai miracle pour nous, on comprend tout ce qui se passe dans l'organisation (...), mais comme gestionnaire, nous, il faut interpréter les tableaux de bord de façon correcte parce qu'il y a des secteurs qui ont l'air à ne pas être performants, mais ils le sont »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS2]

En termes de *schemata*, il est partagé dans les deux cas, que les structures actuelles semblent limiter les contacts avec l'extérieur, sauf en cas de nécessité comme le recours obligatoire à un interprète. Les formations et les activités non cliniques ne sont pas valorisées, que ce soit en matière d'adaptation culturelle ou non. Il existe un cloisonnement des acteurs opérationnels des CSSS, qu'il soit avec ou sans hôpital, et une révocation petit à petit du mandat communautaire au profit d'un mandat plus entrepreneurial et financier. Ces

constatations rentrent en contradiction avec le « discours politique », issu de la réforme du système de santé, à propos des réseaux locaux de santé et du déploiement d'une responsabilité populationnelle à travers le leadership des CSSS au sein de leur communauté et sur leur territoire.

❖ *Mode de gouvernance*

Un dernier facteur interne est le mode de gouvernance. Les deux cas que nous avons eu à l'étude sont de ce point de vue différent.

Dans le CSSS 1, le mode de gouvernance tend à être « émergent » avec des liens de connectivité assez horizontaux. C'est-à-dire que les liens entre les acteurs opérationnels, tactiques et stratégiques, bien que hiérarchiquement structurés, se déroulent sur un même plan : chaque groupe d'acteurs écoutant les autres, avec une importance accrue pour l'écoute des besoins et des expériences en provenance des acteurs opérationnels. L'ensemble des acteurs des champs tactiques et stratégiques, qu'ils soient de la sphère clinique ou administrative, s'entend sur l'importance d'écouter, de communiquer et de répondre aux attentes des acteurs opérationnels qui sont les premiers répondants auprès des patients. Les patients étant, dans le discours partagé, au centre des préoccupations du CSSS 1.

« Au niveau organisationnel, il va y avoir l'implantation au niveau stratégique d'un comité de direction clinique, qui va comprendre les directeurs de programmes, des co-gestionnaires médicaux, sur chacune de ces directions de programmes, les directions professionnelles, évidemment le directeur général ou son délégué et le responsable de l'unité de médecine familiale qui fait de l'enseignement. Ce qui a fait émerger, je pense que les conseils professionnels y sont pour beaucoup et il y a eu une volonté de l'administration d'avoir un volet clinique très important. Je pense que c'est juste normal qu'on soit axé sur la clinique... Et dans ce contexte-là, bien, je pense que les professionnels puis les administrateurs ont vraiment cheminé ensemble, pour en arriver là. »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1]

A contrario, le mode de gouvernance tend à être plus « hiérarchique » au sein du CSSS2, avec des liens de connectivité verticaux. C'est-à-dire que les liens entre les acteurs opérationnels, tactiques et stratégiques sont hiérarchiquement structurés. Par exemple, il n'existe que très peu de couloirs de communication directs entre les acteurs opérationnels et les acteurs stratégiques. Les positions et les actions sont descendantes, il y a peu de dialogue entre les différents champs d'action.

« On a un comité qu'on appelle de coordination des programmes, où là toutes les directions programme, et non pas les directions de services techniques, accessoire ou autres, se réunissent pour parler des sujets ou des enjeux ou des défis qu'on a dans chacun de nos secteurs, et là c'est à chaque direction de s'assurer que ça descende au niveau des activités et qu'on adapte aussi notre offre de services dans chacune de nos directions programmes en fonction des décisions qu'on aura prises ensemble »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

Ce mode de gouvernance se vérifie autant dans la sphère clinique qu'administrative. Cependant, dans le programme C, l'écoute et la récursivité entre les acteurs des trois champs sont plus répandues. Elle n'est pas systématique, et plusieurs décisions en matière d'adaptation restent des décisions unilatérales, allant du haut vers le bas. Par contre, les dialogues informels coexistent avec la rigidité décisionnelle, ce qui permet aux acteurs opérationnels et tactiques d'influencer un peu plus que dans les autres programmes les prises de décisions et les perspectives poursuivies. Les liens des acteurs du programme C avec les acteurs de l'Environnement sont plus nombreux, ce qui favorise l'écoute de la part des acteurs stratégiques. En effet, la volonté de poser des actions légitimes et cohérentes leur demande d'accorder de la crédibilité à ce qu'il se passe sur le terrain, que ce soit au sein du CSSS 2 ou sur le territoire auprès des acteurs de l'Environnement. C'est dans le programme C que cette logique est la mieux implantée.

« Ça dépend à quel niveau. Moi je considère que par rapport aux employés, par rapport à moi, la relation est très bonne et l'ouverture est là. »

[Acteur Tactique, Clinique, CSSS2]

Les facteurs d'influences internes jouent un rôle quant au positionnement des acteurs et du CSSS vis-à-vis de son Environnement. En matière d'adaptation, ce positionnement se reflète à différents niveaux. Au niveau individuel, ou de l'acteur, le processus d'adaptation, s'il a lieu, ne se rend pas plus loin que la relation patient/intervenant par exemple. Les adaptations sont donc hétérogènes, non systématiques et ne garantissent pas un apprentissage à moyen et à long terme. Au niveau des programmes de la sphère clinique, certaines adéquations sont possibles et des *acteurs de connectivité* tels que des infirmières pivots ou

des conseillères en soins peuvent relayer à l'interne les informations provenant des autres programmes et de l'autre sphère par exemple. Au niveau des champs d'action, le mode de gouvernance semble jouer un rôle premier. Si la nature des relations et des connexions sont davantage émergentes que descendantes, les liens de connectivité et de proximité entre les différents acteurs et les champs auxquels ils appartiennent seront plus nombreux. Les informations se rendent mieux et des couloirs de communication spécifique à l'immigration et à l'adaptation se créent de façon pérenne. Le « *quotidien organisationnel* » intègre cet enjeu à travers ces sphères, ces champs et ces programmes. Chaque niveau s'auto-éco-organise en prenant en considération à la fois ce qu'il se passe en son sein et ce qu'il se passe en dehors : les relations se développent multilatéralement, avec des avenues tantôt plus ascendantes, tantôt plus descendantes. Néanmoins, si les facteurs d'influences internes sont importants et nécessaires, les facteurs d'influences externes sont capitaux pour des organisations souhaitant fonctionner en réseau.

5.3.4.2 Des facteurs d'influences externes, facilitant la coévolution

Dans les deux Centres de Santé et services sociaux (CSSS), on retrouve plusieurs facteurs externes. Tout d'abord, le nombre de personnes migrantes présentes sur le territoire de chacun des CSSS est un facteur externe jouant sur les réponses adaptatives des organisations de santé. Deuxièmement, les politiques sont des facteurs d'influence sur l'adaptation, notamment les politiques de régionalisation de l'immigration ayant cours dans les deux territoires étudiés. Enfin, la connectivité entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement est aussi un facteur d'influence puisqu'il permet l'émergence d'interactions novatrices, propices à l'adaptation.

❖ Facteur démographique

Le premier facteur d'influence de l'adaptation d'un CSSS paraît être la manière dont le nombre et la proportion de personnes migrantes sur le territoire du CSSS sont perçus par les acteurs stratégiques notamment. En effet, dans les deux CSSS étudiés, les acteurs cliniques, opérationnels et tactiques pour la plupart, s'entendent pour dire que les personnes migrantes sont de plus en plus importantes en termes de nombre sur le territoire des CSSS. Sur le territoire du CSSS 1, plusieurs acteurs aiment rappeler qu'il existe plus de 103 nationalités différentes, ce qui est pour eux un gage de la diversité culturelle du territoire. Dans le CSSS

2, si la diversité est moindre, les acteurs opérationnels affirment qu'il ne faut pas forcément avoir une grande proportion de personnes migrantes pour devoir s'adapter en termes de pratiques cliniques et organisationnelles.

« Ça n'a rien à voir avec le nombre. Les gens qui rentrent, premièrement, les réfugiés, ils rentrent chez nous, si on n'a pas pensé à offrir des services adaptés, ce ne sera même pas... pensez-y même pas... trois femmes qui accouchent sur le même étage qui viennent d'ethnies différentes, puis que vous n'avez pas prévu ça, vous allez voir ce que c'est, c'est un nombre. Elles sont peut-être en minorité, mais vous allez voir ce que ça fait quand la parenté arrive, quand la parenté élargie arrive et tout ça. (...) non, non, vous n'avez pas besoin d'avoir 50% de la population »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

Par contre, du point de vue des acteurs stratégiques, si dans le CSSS 1, la plupart d'entre eux sont d'ores et déjà convaincus de la nécessité d'adapter les pratiques cliniques et organisationnelles, il n'en reste pas moins que la volonté et le temps imparti à de telles actions peuvent manquer. Par ailleurs, la connectivité existante entre les différents acteurs, quel que soit leur niveau d'appartenance, permet un dialogue et une communication ouverte, à l'écoute des besoins des intervenants et des acteurs de l'Environnement.

Dans le CSSS 2 par contre la situation est différente. Les couloirs de communication étant plus limités, la connectivité entre les acteurs opérationnels, tactiques et stratégiques s'en trouve à son tour limitée. Les besoins sont moins appréhendés par les acteurs stratégiques. De plus, la vision d'une *masse critique* non suffisante pour appuyer le déploiement d'adaptations de la part de l'organisation dans son ensemble est largement partagée par les acteurs de ce niveau.

« Parce qu'il n'y a, à mon avis, pas assez de masse culturelle spécifique pour dire on va avoir une personne liaison pour toute la clientèle hispanophone ou toute la clientèle qui vient de l'Europe de l'Est, ... à mon avis, on n'a pas de communauté assez significative au niveau volume pour justifier des actions aussi précises. Oui, des actions d'accessibilité, quelqu'un qui peut nous aider pour les comprendre le mieux possible, mais de là à mettre en place un plan de match bien défini, je vois moins l'intérêt de mettre beaucoup d'énergie à ce niveau-là »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

Il en résulte un fossé communicationnel et de *schemata* entre les acteurs opérationnels et les acteurs stratégiques. De plus, étant dans une organisation où le mode de gouvernance est davantage descendant, les acteurs opérationnels et tactiques semblent souffrir d'un manque d'attention et de valorisation de leur travail et des ressources dont ils auraient besoin pour améliorer la prise en charge de ce type de patients.

Comme si le niveau d'adaptation de l'ensemble était fonction du niveau d'adaptation des acteurs s'adaptant le moins, la vision des acteurs stratégiques de l'Agence régionale de santé est en adéquation avec la vision locale des acteurs stratégiques du CSSS 2. En effet, pour plusieurs acteurs de l'Agence, la masse critique n'est pas assez importante pour appuyer des actions précises. Selon eux, la responsabilité incombe aux CSSS locaux, devant répondre aux besoins de leur population territoriale.

« Ça fait que c'est sûr que nous, très honnêtement, je peux pas vous dire qu'on a un plan d'action spécifique des services à ces clientèles-là. Mais les établissements qui ont ces communautés-là sur leur territoire, eux ont le devoir d'adapter ou de faire en sorte de rejoindre ces clientèles-là, et le plus possible de faire en sorte que les services soient accessibles pour ces clients-là. Et même d'aider les gens par des services d'interprètes, par exemple, quand ils ont besoin d'utiliser des soins, des services. Et ça, c'est une préoccupation qui doit être très, qui est très locale »

[Acteur Stratégique, Agence de Santé]

Cette position semble cependant poser problème aux acteurs stratégiques du CSSS 2, puisque se sentant « isolés » et souhaitant, pour agir, un appui de l'acteur régional.

« L'Agence devrait avoir une préoccupation là-dedans, beaucoup plus que ce qu'ils ont présentement. Puis il pourrait même peut-être davantage influencer les choses (...). On est un petit peu face à nous-mêmes. C'est pour ça quand je t'ai dit, on peut être notre propre... je dis nous... nous face à nous-mêmes, parce qu'on se sent vraiment isolés comme organisation »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS2]

❖ *Facteur politique*

Un second facteur d'influence externe est celui de la politique de régionalisation de l'immigration. En effet, mise en place il y a une quinzaine d'années au Québec, cette politique a pour objectif de favoriser l'installation de personnes migrantes dans d'autres régions que Montréal afin de dynamiser ces régions par l'arrivée de nouvelles personnes. Si quelques personnes se sont effectivement installées ailleurs au Québec, il reste que la plupart des personnes, si elles n'étaient pas sur l'île de Montréal, s'en sont éloignées de quelques kilomètres, privilégiant ainsi la rive sud et la rive nord de la métropole (Boulais, 2010).

Quant au réseau de la santé, il a connu une réforme de son système en 2003, impliquant notamment la redistribution des populations par territoires de CSSS. Le CSSS devient responsable de la population de son territoire, et doit, dans la mesure du possible, offrir le maximum de services à sa population. Ainsi, après avoir « traversé les ponts » les reliant à l'île de Montréal pour se faire soigner ou suivre par des professionnels de la santé « habitués » à la diversité culturelle, les personnes migrantes se retrouvent à devoir consulter dans des centres de santé « locaux », n'ayant pas toujours l'expertise ni l'habitude de traiter des personnes d'origines culturelles diverses.

Dans le cas du CSSS 1, l'adaptation s'est faite petit à petit, grâce notamment à l'expertise développée dans un centre de santé pré-fusion (ex-CLSC). Les acteurs y travaillant devenaient des sources de références pour ceux des autres centres faisant partie aussi du nouvel établissement fusionné. L'enjeu de l'adaptation est revenu en avant-scène avec les nouvelles directions installées à la tête du CSSS 1 dans l'année 2010. Un comité migration fut formé, avec pour objectif de réaliser un plan d'adaptation pour l'ensemble du CSSS 1. De plus, le type de gouvernance de cet établissement oscille entre descendant et ascendant, c'est-à-dire qu'en plus d'un fonctionnement hiérarchique classique, il existe des couloirs de communications permettant d'entendre les besoins des acteurs opérationnels et tactiques. Les acteurs opérationnels étant plus connectés aux acteurs de l'Environnement, le type de gouvernance ascendant facilite dans le même temps la connaissance des besoins provenant des partenaires locaux essentiellement.

De plus, la mise en place *d'acteurs de connectivités* tels que des infirmières pivots et des organisateurs communautaires favorise cette connectivité entre l'interne et l'externe de

l'établissement, et facilite la mise en avant de l'enjeu de l'adaptation et de l'immigration au sein du CSSS 1.

Dans le cas du CSSS 2, cette expertise ne s'est pas développée à l'interne. Elle s'est développée sur les territoires voisins, plus enclins à s'adapter, puisque « désignés » CSSS bilingue pour les populations anglophones, relativement nombreuses sur le territoire. S'ajoute à cela l'expertise d'un organisme communautaire qui pallie aux carences du CSSS 2 dans la prise en charge et le suivi de personnes migrantes et/ou réfugiées. Cet organisme est accrédité par le ministère de l'Immigration, puisque le territoire du CSSS 2 est un territoire désigné pour l'accueil des réfugiés publics. Malgré cette désignation, le CSSS 2 n'a pas, au niveau stratégique, de plan d'adaptation spécifique pour les populations migrantes et/ou réfugiées. Par exemple, il n'y a pas eu dans les deux années précédant notre collecte, de formations concernant les approches multiculturelles au sein du CSSS 2. Les seules adaptations rapportées provenaient des acteurs opérationnels, qui sont laissés à eux-mêmes, « sans balises » de la part des acteurs hiérarchiques. Ce qui semble montrer, dans un établissement où le mode de gouvernance est plutôt « descendant », que l'adaptation n'est pas une priorité pour les acteurs stratégiques.

« Mais quand on fait face à une région comme ici où il peut y avoir quelques personnes des quatre coins du monde, alors il faut y aller, tu sais, en tout cas un minimum de services, une accessibilité minimum(...) Et à ce moment-là il faut prévoir des mécanismes peut-être pour que les personnes puissent dans certains cas, puissent utiliser ou faire appel aux services sur un territoire ou ailleurs, tu sais »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS2]

❖ *De la connectivité et des interactions novatrices*

La connectivité entre les centres de santé et les acteurs de l'Environnement est un facteur d'influence pour l'adaptation. La *connectivité* est entendue comme le lien pouvant exister, de manière temporelle, entre les acteurs d'une organisation et avec ceux de l'Environnement (Stacey, 1995). Le nombre d'interactions et de connexions entre les acteurs est plus

important que la force ou la faiblesse des liens eux-mêmes : plus il y a de liens et plus ils sont diversifiés, de manière aléatoire, entre liens forts et liens faibles (Stacey, 1995:489).

Au niveau local, ce sont les organismes communautaires qui sont les principaux partenaires. Au niveau régional et national, les acteurs sont l'agence de santé et les ministères, notamment de l'immigration et de la santé.

Dans un article précédent, la connectivité est ressortie comme un des leviers d'actions que les CSSS utilisent afin de faciliter l'adaptation des pratiques, des programmes et des services auprès des patients migrants (voir article 3). Dans la suite des analyses, dont fait état l'article actuel, il est fort probable que ces leviers d'actions deviennent, grâce à la récursivité des actions posées, la cause de l'adaptation elle-même, c'est-à-dire un des facteurs d'influence de l'adaptation. En d'autres termes, la connectivité entre les différents acteurs devient la source des « *interactions novatrices* » existantes entre les différents acteurs organisationnels, cliniques et de l'Environnement. Et cela, quel que soit le champ d'action dans lequel on se place. Les « *interactions novatrices* » sont par nature perméables et auto-similaires. Elles façonnent les liens au sein des organisations fractales (B. Zimmerman & Hurst, 1993).

Dans le cas du CSSS 2, le support et l'appui proviennent d'un seul organisme, connu et reconnu par l'ensemble des acteurs du CSSS comme étant l'expert dans la prise en charge globale des personnes migrantes, notamment les nouveaux arrivants et les réfugiés. Au dire des acteurs de cet organisme eux-mêmes, ils sont « *la béquille du CSSS 2* » en matière d'immigration. Si la force des liens de connectivité est importante entre quelques acteurs du CSSS2 (opérationnels surtout) avec les acteurs de cet organisme communautaire, ils ne sont pas pour autant diversifiés, ce qui sclérose la dynamique. Dynamique limitée notamment par la non-implication des acteurs stratégiques du CSSS2 dans ces liens.

Le contexte du CSSS 1 est différent. Un organisme principal existe et est reconnu comme partenaire principal pour œuvrer auprès des personnes migrantes et des réfugiés. Cependant, la diversité culturelle du territoire permet aussi une diversité d'organismes communautaires, qui sans être tous des spécialistes de l'immigration, sont des ressources disponibles pour les personnes migrantes et pour les acteurs opérationnels des CSSS. Contrairement à la situation du CSSS 2, il n'existe pas de situation de monopole sur le territoire du CSSS 1.

Ainsi, le façonnement de l'Environnement du CSSS1 pourrait être envisagé comme davantage « accidenté » que celui du CSSS2, plus stable et plus fixe.

5.3.4.3 *Des interactions pour façonner un Environnement*

Pour analyser les relations plus spécifiques des CSSS et de leur Environnement, nous avons analysé les données selon la seconde proposition afin d'observer les interactions entre les acteurs à travers les facteurs plus contextuels, contribuant au façonnement de l'Environnement.

Proposition 2 : Les interactions entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement dépendent de plusieurs facteurs d'influence et sont primordiales quant à la mise en place de conditions d'adaptation favorables ou non.

Dans le CSSS 2, la « masse critique » de personnes migrantes sur le territoire est considérée comme faible par les acteurs stratégiques. Le besoin de s'adapter n'est pas considéré comme important. Cette vision, portée par les acteurs stratégiques de la sphère administrative principalement, crée des tensions avec les acteurs opérationnels et des acteurs tactiques de la sphère clinique. En effet, agissant directement auprès de ces patients, les acteurs opérationnels affirment plutôt que la masse critique ne doit pas être nécessairement élevée pour que l'urgence d'adapter les services et les pratiques se fasse sentir. Mieux s'organiser par rapport à l'accueil et la prise en charge de patients migrants, notamment des réfugiés plus nombreux sur le territoire, n'est pas une option mais une obligation pour plusieurs répondants de la sphère clinique, des champs opérationnels et tactiques notamment.

« La première chose que je mettrais en place? C'est sûr que quand il y a des nouveaux arrivants, ici, ce qu'il manque beaucoup, c'est le suivi médical en arrivant. Il y a pas de..., je pense que ça serait bien qu'il y ait une équipe d'intervenants, médecins, infirmières qui rencontrent cette clientèle-là. Ça, ça serait gagnant pour qu'ils puissent être bien dirigés parce que dans les services, il y a des..., je pense qu'il y a des lacunes de ce côté-là »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

« C'est ça oui, il y a un délai de carence, et aussi, ce que les pharmaciens viennent de faire récemment, il y avait beaucoup de formulaires à remplir quand c'était un immigrant, puis ça maintenant ils se disent : « on ne prend

plus, allez à une autre pharmacie ». Alors là, les immigrants, il y a de moins en moins de pharmacies où ils pouvaient aller faire remplir leur prescription. »

[Acteur Opérationnel, Clinique, CSSS2]

Le climat organisationnel, ainsi que le mode de gouvernance « descendant » du CSSS 2, limite la création de liens de connectivité entre les champs et entre les sphères. Si des *acteurs de connectivité* tels que des organisateurs communautaires ou des infirmières pivots existent, leurs actions ne ressurgissent pas au niveau des champs tactique et stratégique. Les couloirs de communication et de connaissances permettant ces liens sont rares.

« On se connaît peu. On connaît les intervenants « à l'horizontale », mais pas à « la verticale ». C'est très difficile de voir qui a un pouvoir décisionnel »

[ORG.COMM 2]

Si la complexité interne du CSSS 2 peut être considérée comme faible en termes d'adaptation, la complexité externe, liée à l'Environnement, est plus grande. Les spécificités des personnes réfugiées sont telles que la complexité des cas semble plus importante pour les acteurs de la sphère clinique plutôt que le nombre ou « la masse critique ». Néanmoins, les interactions entre les acteurs du CSSS 2 et de l'Environnement sont nombreuses pour les acteurs opérationnels, mais sans être diversifiées. Sur le territoire du CSSS 2, il n'existe qu'un seul organisme communautaire spécialisé dans la prise en charge et l'accueil des personnes migrantes, dont principalement des réfugiés. Le manque de communication et de connectivité à l'interne du CSSS 2 rejaillit donc sur les interactions externes : les acteurs stratégiques ne s'y impliquent pas plus.

La relation à l'Environnement est non optimale, le CSSS 2 vit un isolement organisationnel. Cet isolement est non seulement vécu au niveau local, au sein d'un réseau « de proximité » limité et non diversifié mais aussi dans un réseau plus « distancié ». En termes d'adaptation et d'immigration, le CSSS 2 a peu de connexions avec les partenaires régionaux et nationaux, ce qui limite l'envergure de leurs actions.

« Les appuis qui sont donnés par le ministère pour vraiment accueillir ces personnes-là ne sont pas des appuis... il n'y a pas d'efforts pour soutenir les établissements dans leurs efforts pour accueillir des clientèles immigrantes. Moi je le déplore parce qu'on parle d'accès aux services en langue anglaise,

alors qu'on a une population immigrante qui est probablement sur le territoire peut-être aussi nombreuse, sinon plus nombreuse que la population anglophone. Donc au niveau du ministère, au niveau des agences, la préoccupation semble encore très très lointaine »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

Accroître la diversité des interactions tant à l'interne qu'à l'externe du CSSS 2, en développant des interactions plus variées entre les différents acteurs semble nécessaire. Pour ce faire, le besoin d'adaptation doit être reconnu, non pas en rapport avec la *masse critique*, mais selon les besoins des acteurs opérationnels confrontés directement à la prise en charge de personnes migrantes, dont les réfugiés sont en nombre plus important. Le mode de gouvernance, qui est plutôt descendant dans ce CSSS, est un facteur d'influence néfaste dans un tel Environnement. L'émergence d'actions provenant de la base, des acteurs opérationnels comme des acteurs de l'Environnement local, a besoin d'être reprise au sein des différents champs et sphères du CSSS 2, en ouvrant des couloirs de communications plus larges, facilitant des interactions novatrices.

« Souvent on fait affaire avec les intervenants, mais ça ne remonte pas, ça ne va pas plus loin qu'eux. Ils n'ont pas de pouvoir décisionnel »

[Intervenant, ORG.COMM 2]

Par ailleurs, le contexte du CSSS1 est différent. L'importance réelle et perçue de la part de la population issue de l'immigration au sein de la population totale du territoire par l'ensemble des acteurs contribue à faire reconnaître les besoins en adaptation, tant au niveau des pratiques cliniques qu'organisationnelles. Le *schemata* collectif tend à reconnaître les besoins spécifiques de certains patients migrants ainsi que les besoins des acteurs travaillant auprès d'eux. Si les services offerts restent sensiblement les mêmes, la pratique et les modes d'interventions peuvent changer.

« Mais je pense pas que les soins qu'on offre sont différents parce que on a un client immigré devant nous ou pas, je pense que peut-être la façon qu'on va apporter le soin s'il ne parle pas notre langue ou s'il ne comprend pas l'enseignement qu'on lui fait va peut-être être différente, mais le soin en tant que tel au bout de la ligne il va être le même. En tout cas j'espère...(rire). En tout cas, pour moi c'est mes croyances personnelles, mais je crois vraiment que c'est comme ça qu'on fonctionne. »

[Acteur tactique, clinique, CSSS1]

Au niveau externe, les acteurs opérationnels sont interdépendants avec les partenaires locaux, notamment les organismes communautaires. Il existe sur le territoire du CSSS 1 une diversité de partenaires locaux, en cohérence avec la propre diversité des communautés migrantes qui l'habitent.

Les interactions entre les acteurs tactiques et stratégiques et les organismes communautaires sont aussi de plus en plus importantes. Cette croissance est en partie due à la mise en place du Comité Migration au sein du CSSS 1, qui réunit des acteurs des trois champs d'action et des deux sphères de l'organisation ainsi que des acteurs de l'Environnement. Les interactions se sont donc accrues entre les acteurs de chacun des champs et des sphères en ce qui a trait à l'adaptation et l'immigration, mais aussi entre le CSSS 1 et les acteurs de l'Environnement, que ce soit au niveau local, mais aussi au sein d'un « réseau plus distancé » avec des acteurs régionaux et nationaux tels que l'agence régionale de santé et le ministère de l'Immigration.

Au sein du CSSS 1, la complexité interne peut être considérée comme étant moyenne, c'est-à-dire que les liens de connectivité et de communication commencent à prendre de plus en plus de place dans chacune des sphères de l'organisation. Les interactions entre les différents acteurs ou groupes d'acteurs sont de plus en plus nombreuses. Le *schemata* « collectif » concernant l'adaptation aux besoins des personnes migrantes est de plus en plus « porté » collectivement, ce qui facilite l'émergence d'actions et de prises de décision allant dans ce sens.

En termes de complexité externe, la connectivité et les interactions sont importantes entre les acteurs opérationnels, tactiques et stratégiques et les partenaires locaux. Ce qui permet, au niveau local du moins, une certaine coévolution entre les différents protagonistes. Cette coévolution est essentiellement due à la mise en place du Comité migration et à l'implication active du CSSS 1 dans le démarrage d'une Clinique Accueil des Réfugiés sur son territoire, en partenariat avec l'agence régionale, les ministères de la Santé et de l'immigration ainsi que les organismes communautaires (MSSS, 2012).

Le réseau ainsi en action peut acquérir une performance de plus en plus optimale grâce à des facteurs internes, externes et contextuels. L'influence de ces facteurs sur l'adaptation du CSSS 1 montre que l'adaptation émerge principalement de l'interdépendance des acteurs opérationnels et des acteurs locaux. Cependant, elle doit aussi être portée par les acteurs et les réseaux plus « distants », à savoir régional et nationaux afin de bénéficier d'une vision d'ensemble, agissant à chacun des paliers, de manière cohérente et apprenante. La crédibilité et la légitimité sont les privilèges d'un tel élargissement du réseau, tout en spécifiant que le réseau de « proximité » doit rester le noyau central et fédérateur de toutes actions. Si tel n'est pas le cas, l'émergence et la connectivité peuvent être compromises.

5.3.5 Discussion

La *gouvernance adaptée* et multiniveaux est un espace permettant la fractalisation de l'adaptation. Cette adaptation ne répond pas vraiment à des mesures coercitives ou normatives, mais plutôt à la spontanéité, l'expérience et l'émergence provenant des acteurs opérationnels. L'émergence des actions et des pistes de stratégies peuvent être reprises par les acteurs tactiques et stratégiques des organisations, si par exemple des leviers informationnels et de communications sont mis en place.

En répondant à la proposition 1, à savoir : « *La gouvernance multiniveaux incite des démarches collectives à l'interne et à l'externe avec les acteurs de l'Environnement. Elle encourage la coévolution, la mise en place d'adaptations homogènes et l'émergence de nouvelles pratiques adaptées* », huit types de facteurs d'influences sont ressortis des résultats, cinq internes et trois externes.

Le plus important est le mode de gouvernance qui est ressorti comme étant l'un des facteurs influençant le niveau d'adaptation de l'organisation à l'interne. Lorsque le mode est davantage « hiérarchique », l'émergence des besoins provenant des acteurs opérationnels a plus de mal à remonter vers les niveaux supérieurs. D'autant plus si le discours organisationnel et le *schemata* suivent la logique de la « masse critique ». En effet, pour plusieurs de ces acteurs, en l'absence de masse critique c'est-à-dire d'un nombre jugé comme assez important de personnes migrantes sur le territoire, l'adaptation n'est pas nécessaire. Par contre, si le mode de gouvernance est davantage ascendant, l'émergence des besoins est plus facilement identifiable par l'ensemble des acteurs, qu'ils soient opérationnels, tactiques ou stratégiques. C'est dans cette perspective que *la gouvernance adaptée et multiniveaux* prend de l'ampleur, permettant de lier les différents niveaux et différentes sphères autour d'un enjeu commun. Les acteurs des sphères clinique et administrative mettent de l'avant l'ensemble des préoccupations quant à l'enjeu de l'adaptation des services. À partir de différents leviers d'action mis en place (voir article 3), le champ d'action stratégique s'implique dans une vision commune et cohérente en y intégrant les diverses spécificités et intérêts de chacun des acteurs et de chacun des champs.

Toutefois, la communication, le transfert d'informations suivies de prises de décisions éclairées sont à la base de la réactivité de l'organisation et de l'Environnement à l'égard des

besoins des personnes migrantes grâce particulièrement aux *interactions novatrices*. Ces *interactions novatrices*, lorsque émergentes du niveau opérationnel, contribuent aux tissages de liens entre les acteurs cliniques et ceux de l'Environnement. C'est un facteur d'influence externe de l'adaptation. Elles facilitent la connectivité avec les acteurs des autres champs et de la sphère administrative, simplement en faisant connaître leurs actions et leur implication auprès des personnes migrantes du territoire. Les *acteurs* et les *structures de connectivité* sont dans ce processus nécessaire afin de tisser ces liens avec les acteurs de proximité, au niveau local de l'organisation, mais également avec les acteurs plus distancés, tels que les établissements des autres régions et territoires, l'agence régionale de santé et les différents ministères impliqués.

La gouvernance multiniveaux est alors l'espace où les acteurs peuvent s'ajuster grâce à des boucles de rétroaction, co-évoluant avec les acteurs de l'Environnement.

L'analyse de la seconde proposition, à savoir : « *Les interactions entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement sont primordiales quant à la mise en place de conditions d'adaptation favorables ou non* » a fait ressortir plus distinctement que sans des relations co-évolutives avec les partenaires de l'Environnement, la fractalisation de l'adaptation est compromise.

Les liens entre l'organisation et son Environnement sont la pierre angulaire de l'adaptation. Cependant, ces interactions sont dépendantes de la complexité des différents contextes. C'est ici que les concepts de *Façonnement de l'Environnement* et de *manipulations d'interdépendances* jouent un rôle dans l'agencement et l'équilibre à trouver entre connectivité de proximité, c'est-à-dire locale, et connectivité « distancée », c'est-à-dire plus globale (Levinthal & Warglien, 1999). Le processus d'adaptation fait face à une dualité oscillant entre des réseaux de proximité et des réseaux plus distants (Cartier & Colovic, 2006), c'est-à-dire avec des partenaires des paliers régionaux et nationaux.

Cette oscillation est à la base de l'ambiguïté entourant l'adaptation. Il existe à la fois un tabou et une ouverture à propos de l'adaptation à l'égard des personnes migrantes, et cela que ce soit dans la sphère administrative ou clinique, au niveau régional et national. En effet, l'ensemble des acteurs interrogés se rejoignent sur le fait qu'il faille accueillir ce type de population, en leur offrant la même qualité de services et de soins que pour la population

générale. Cependant, il y a aussi la crainte de « *se mettre le reste de la population à dos* » à cause d'un contexte sensible et plus incertain. Par exemple, la pénurie de professionnels et de restrictions budgétaires en santé peuvent jouer contre l'adaptation des services de santé : la population non migrante pourrait ne pas apprécier que des fonds publics soient utilisés à des fins d'ajustement et d'adaptation pour des personnes migrantes. La crainte de prendre des décisions impopulaires peut faire partie des barrières à l'action et à l'adaptation.

L'ambiguïté s'étend aussi à la distinction entre le palier local et les paliers régionaux et nationaux. Si l'adaptation provient du local, l'implication des deux autres paliers est nécessaire à l'étendue de cette vision à l'ensemble du système de santé. Les trois paliers décisionnels doivent à leur tour coévoluer afin de joindre à la fois un réseau d'action « local » et à la fois un réseau d'action plus « distancé », mais non moins utile. Cependant, ce type de prises de position, au-delà du choix stratégique organisationnel, est aussi (surtout?) un choix politique non dénué de stratégie.

L'enjeu de l'immigration étant en soi complexe et transversal, dépassant de loin le seul système de santé, il représente à lui seul une limite à la vision traditionnelle et dichotomique « centralisé/décentralisé » et invite à penser autrement, de manière plus systémique et à plus long terme.

Références

- Anderson, P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *Organization Science*, 10(3), 216-232
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H., et al. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate (École et Milieux en santé: Équipe Culture et Migration, Trans.) (pp. 11). Montréal: Direction Santé Publique.
- Boulais, J. (2010). *La régionalisation de l'immigration au Québec : évolution de 1982 à 2006 des flux et des caractéristiques sociodémographiques*, <http://hdl.handle.net/1866/4289>. (Université de Montréal, Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/4289>
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 167-173
- Breier-Mackie, S. (2007). Cultural Competence and Patient Advocacy: The New Challenge for Nurses. *Gastroenterology Nursing* 30(2), 120-122
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- Cartier, M., & Colovic, A. (2006). Coévolution et adaptabilité des réseaux. *Revue française de gestion*, 5(164), 119-140.doi:10.3166/rfg.164.119-140
- Cognet, M., Bertot, J., Couturier, Y., Rhéaume, J., & Fournier, B. (2005). Pratiques infirmières en milieu pluriethnique- Volet 1 Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique *series de publications du centrederecherche et de formation* (Vol. 11). Montreal: CSSS de La Montagne.
- Copans., J. (1999). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Nathan Université.
- Copp, L.-A. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255-263
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320
- Ford, R. (2010). *Organization Design and Managing Continuous Change: A Complex Adaptive Practice Theory*. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management. Montreal.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldline.
- Gleick, J. (1988). *Chaos : Making a New Science*.
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective ? . *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Heurgon E, Landrieu J. (pp. 29-42). Paris: Edition de l'Aube.
- Holland, J. H. (1995). *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*. Helix Books.
- Hufty, M. (2007). La gouvernance est-elle un concept opérationnel ? *Fédéralisme Régionalisme, Société civile, globalisation, gouvernance : aux origines d'un nouvel ordre politique ?*, 7(2)

- Kauffman, S. A. (1993). *The Origine of Order: Self-organization and selection in evolution*. New York: Oxford University Press.
- Lamothe, L. (2007). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation. *Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L. (pp. 289-298). Montréal: Gaetan Morin.
- Lane, D., & Maxfield, R. (1996). Strategy under complexity: Fostering generative relationships. *Long Range Planning*, 29(2), 215-231
- Leduc, N., & Proulx, M. (2004). Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 6(1), 15-27
- Levesque, J.-F., Raynald Pineault, Lauriane Robert, Marjolaine Hamel, Danièle Roberge, Costas Kapetanakis, et al. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Montreal: Agence de la santé et des services sociaux du Québec.
- Levinthal, D. A., & Warglien, M. (1999). Landscape Design: Designing for Local Action in Complex Worlds. *Organization Science*, 10(3), 342-357
- McDaniel, R. R., Jr., Lanham, H. J., & Anderson, R. A. (2009). Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Management Review*, 34(2), 191-199
- Miedema, B., Hamilton, R., & Easley, J. (2008). Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician*, 54(3), 335-336
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Mintzberg, H. (1989). *Le Management : Voyage au centre des organisations*. (Traduit par J.-M. Behar). Paris.
- MSSS (2012). *Une passerelle vers un avenir en santé: La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir- Orientations ministérielles*. Québec. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/1a14f0bb247a423685257a4c00679b89?OpenDocument>
- Munoz, M., & Chirgwin, J.-C. (2007). Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42(2), 33-43
- Nacu, A. (2011). À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail*, 53(1), 109-130
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.doi:10.1287/orsc.5.1.14
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks.
- Plsek, P. (2003, January 27-28, 2003). *Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care*. Communication présenté Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations Washington, D.C.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628.doi:10.1136/bmj.323.7313.625

- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 183-194
- Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaetan Morin ed.
- QDA Miner 3.2. (2010). Logiciel d'Analyse Qualitative pour les Méthodes Mixtes - Provalis Research.
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937. doi:10.1136/jech.2006.054254
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday.
- Stacey, R. D. (1995). The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477-495
- Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112-121
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (second edition)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stroebel, C. K., McDaniel, R. R., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Nutting, P. A., & Stange, K. C. (2005). How Complexity Science Can Inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31, 438-446
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition*. Londres: Sage (1994).
- Zimmerman, B., & Hayday, B. (2003). Generative Relationship: STAR. Dans G. Eoyang. (Dir.), *Voices from the Field* (pp. 197-214). Minneapolis: HSDI Press.
- Zimmerman, B. J., & Hurst, D. K. (1993). Breaking the Boundaries: The Fractal Organization. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 334-355. doi:10.1177/105649269324006

Chapitre 6 : Synthèse & Discussion

Dans cette thèse, nous avons tenté de comprendre comment s'adapte la gouvernance des organisations lorsqu'elles font face à un changement contextuel, non « dicté » ou imposé par une réforme « hiérarchique ». C'est à partir d'un cadre d'analyse reflétant à la fois les interactions entre les acteurs et les mécanismes d'une gouvernance multiniveaux que nous avons pu mettre en exergue quels sont les facteurs endogènes et exogènes qui facilitent au mieux ce processus d'adaptation.

6.1 Objectif 1 : Identifier les acteurs de la gouvernance impliqués dans les processus d'adaptation à l'égard des personnes migrantes et les interactions qu'ils entretiennent entre eux (Chapitre 5.1-Article 2)

C'est à travers l'article 2 que nous avons traité cet objectif. À partir de trois propositions de recherche, nous avons examiné comment fonctionnait l'auto-organisation des acteurs, en accordant une importance particulière à l'adaptation individuelle, c'est-à-dire à l'hétérogénéité des comportements. Le principal facteur étant l'autonomie des acteurs, notamment dans une organisation de santé professionnelle.

À partir des trois propositions de recherche, nous avons pu montrer que la dynamique entre les acteurs auto-organisés participe au développement d'une gouvernance multiniveaux. Les interactions internes et externes montrent que des réseaux de connectivité, émergeant du terrain, prennent place à partir du moment où sont présents des *acteurs de connectivité*, et des acteurs récepteurs au sein de l'organisation de santé, à travers les différents champs et les deux sphères, clinique et administrative. Cette dynamique se déploie alors de manière fractale, soulignant le passage d'adaptations individuelles et hétérogènes à des adaptations plus collectives; tournées davantage vers l'extérieur du champ ou de la sphère dans laquelle on se situe.

Cependant, de plus en plus de recherches ont mis en exergue le rôle des gestionnaires ou des acteurs tactiques (Conway & Monks, 2011; Nonaka, 1994) comme pouvant être des acteurs de changements (Huy, 2002). Nos données, sans parler d'acteurs de changement en soi, vont dans le sens du rôle important de ce type d'acteurs. En effet, ils ressortent comme des *acteurs de support* permettant la liaison entre les champs opérationnel et stratégique par exemple.

Les boucles de rétroactions positives permettent ce passage vers l'auto-éco-organisation, d'autant plus si des acteurs tactiques facilitent les liens de connectivité entre les acteurs opérationnels et stratégiques.

En termes de contribution, l'article 2 offre selon nous plusieurs pistes de réflexion et de discussion intéressantes. Pour commencer, il est admis que la perspective des hauts dirigeants, c'est-à-dire des acteurs stratégiques, est souvent l'angle par lequel de nombreuses recherches observent la mise en place de changements au sein d'organisations (Weick & Quinn, 1999). Ce sont des acteurs incontournables puisque la prise de décision vient de leur champ de pratique.

Cependant, l'emphase de nos résultats porte davantage sur les acteurs opérationnels, qui sans être des acteurs de changements désignés, sont *des acteurs de connectivité* et de *crédibilité*, facilitant l'engagement dans les processus de changement et d'adaptation des autres acteurs de ce champ. Ils sont donc loin d'une image d'acteurs passifs ou exécutants.

Surtout, ce sont les interactions entre les acteurs de ces trois champs d'action qui ressortent essentiellement comme le *liant* faisant un tout cohérent, engagés dans un processus dynamique d'adaptation de l'organisation. Ils sont, tour à tour, des vecteurs de changement, via la connectivité, le support et la réception d'informations.

Cette implication appuie une vision pluraliste, via l'implication de représentants de l'ensemble des acteurs, lorsque se décide la mise en place de stratégies de changement et de transfert d'informations et de connaissances. Cette reconnaissance du rôle de connectivité des acteurs opérationnels est d'autant plus vraie lorsque le changement en est un contextuel, émergent des besoins de la population et des professionnels travaillant auprès d'eux au quotidien. Dans cette optique, le changement et l'adaptation ne sont pas pensés en termes de vase clos avec des décideurs (minoritaires) qui imposent de nouvelles façons de faire à la

majorité. Pour autant, sans être coercitifs, ils ne sont pas non plus collaboratifs dans le sens de négociations et consensus à long terme, pour au final se terminer en une adaptation à peine perceptible, ou au pire au statu quo (mais dans une bonne entente de l'ensemble des parties!) (A. Langley & J-L. Denis, 2008).

Si le but est de coévolué et donc de s'adapter en adéquation avec l'Environnement, l'organisation de santé peut tabler sur des rôles de *connectivité*, de *support* et *récepteur* afin de développer à la fois une appréhension collective et individuelle d'un plus grand nombre d'acteurs, facilitant ainsi les transitions et les adaptations. Chacun des acteurs, dans son rôle, devient *vecteur de fractalité*, permettant de transmettre dans chacun des champs d'action les idées nouvelles et les pratiques adaptées (auto-similarité), afin qu'elles soient traduites en fonction des différentes réalités vécues.

6.2 Objectif 2 : Cerner les leviers d'action d'une gouvernance multiniveaux permettant d'adapter ou non les services auprès des personnes migrantes (Chapitre 5.2- Article 3)

L'objectif 2 de la thèse fut traité dans l'article trois, en s'intéressant particulièrement aux différents leviers d'actions disponibles selon les acteurs interrogés pour leur permettre d'adapter les services offerts aux personnes migrantes de leur territoire.

C'est à partir des travaux sur le leadership d'Uhl-Bien et al (2007) que nous avons catégorisé les leviers d'actions qui sont ressortis de notre analyse en trois grandes catégories : les leviers administratifs, émergents et d'habilitation. Cette catégorisation a permis de visualiser l'imbrication quasi permanente des différents leviers, en excluant de ce fait une conception purement linéaire de l'adaptation. En fait, les leviers des fonctions administrative et émergente ont besoin de leviers de la fonction d'habilitation crédibles et légitimes, pouvant les supporter, afin que l'adaptation se diffuse à travers l'organisation de santé, quels que soient le champ d'action ou le niveau de prise de décision concerné. La fonction fractale permet ce processus, en alliant des *acteurs de connectivité* à la mise en place de *structures de connectivité*. En effet, à travers le temps, chacun des groupes de leviers peut prendre le

dessus sur les autres, sachant que les leviers administratifs et émergents seuls ne peuvent engager pleinement le processus d'adaptation. Les leviers d'habilitation sont les leviers sur lesquels repose l'ensemble, notamment si l'on envisage qu'à travers une gouvernance multiniveaux l'adaptation suit une dynamique fractale. Imbriqués les uns dans les autres, les différents leviers permettent de rendre compte, dans les différents champs d'action et les deux sphères de l'organisation, des actions « adaptatives » entreprises. Il en va de même avec les acteurs de l'Environnement, qui lorsqu'ils sont impliqués, deviennent eux-mêmes des acteurs de l'adaptation de l'organisation de santé. Les résultats de cet article sont intéressants puisqu'ils permettent de mettre en avant le passage des *acteurs de connectivité*, identifiés dans l'article 2, à des *structures de connectivité*. Cela permet de montrer qu'en valorisant davantage les acteurs et les interactions qu'ils créent, les structures peuvent émerger et permettre au processus d'adaptation de se réaliser sans être *a priori* décrété et imposé en une forme « conventionnelle » et systématique.

En termes de contributions, cet article permet d'insister sur certains leviers d'action, davantage tournés vers des mécanismes d'interactions sociales : les leviers d'habilitation (communication, connaissance et connectivité). En effet, dans la mise en place d'un réseau constitué de l'organisation de santé et des acteurs de l'Environnement au sujet de l'adaptation des services, il a été montré qu'en dépit d'un historique de collaboration et d'un certain niveau de confiance entre les acteurs, si les types de liens entre ces partenaires ne sont pas diversifiés, l'adaptation sera difficile à mettre en place quel que soit le champ d'action où l'on se place. D'après nos résultats, le CSSS 2 est un cas typique de cette démonstration. Historiquement le CSSS 2 est lié avec un acteur majeur de son Environnement : l'organisme communautaire 2 (qui s'est spécialisé dans la prise en charge des nouveaux arrivants, et notamment des réfugiés). Des liens entre ces deux organisations sont étroits entre les acteurs opérationnels du CSSS et les intervenants de cet organisme. Par contre, bien que ces liens soient importants et forts, basés sur la confiance réciproque, les types de liens entretenus ne sont pas diversifiés : la relation est monopolisée, alors que les enjeux auxquels ces organisations doivent répondre sont complexes. En comparaison, le CSSS 1 peut compter sur de nombreux acteurs dans l'Environnement concernant la prise en charge de personnes migrantes. Bien que les liens entre le CSSS 1 soient différents avec chacun de ces organismes, il n'en reste pas moins que ces liens même plus « faibles » représentent des

ressources supplémentaires sur lesquels les acteurs du CSSS1 et du reste de l'Environnement peuvent compter. Ces résultats abondent dans le sens des positions tenues il y a plusieurs années par Granovetter. En effet, cet auteur a montré que la force ou la faiblesse du lien a moins d'incidence sur la variabilité des comportements dans une organisation complexe que leur nombre. Ainsi la prise en compte des liens « *faibles* » peut susciter des occasions d'apprentissages et de développement de nouvelles idées (Granovetter, 1973).

De plus, les résultats présentés dans cet article appuient les constats de Best et al. (2012). À travers une revue de littérature réaliste, les auteurs montrent que l'implication d'acteurs provenant de tous les niveaux de l'organisation, l'établissement de rétroactions, ainsi que l'engagement des médecins et l'implication des patients et de leur famille sont autant de gages de réussites dans l'implantation de changement au sein de systèmes de santé.

6.3 Objectif 3 : Appréhender les facteurs d'influence de la gouvernance de deux CSSS dans l'adaptation des services infirmiers de première ligne à l'égard de personnes migrantes (Chapitre 5.3- Article 4)

Afin de traiter le dernier objectif, l'article 4 s'est intéressé à mieux comprendre quels sont les facteurs internes et externes qui influencent le processus d'adaptation d'une organisation de santé, nous avons analysé les données selon deux propositions de recherche issues du cadre théorique développé antérieurement (voir article 1). La première proposition s'articule autour de certains facteurs d'influence qui incitent la gouvernance multiniveaux à entreprendre des démarches **collectives** soit à l'interne de l'organisation, soit à l'externe avec des acteurs de l'Environnement. C'est ce qui encourage la coévolution, la mise en place d'adaptations homogènes et l'émergence de nouvelles pratiques adaptées. La proposition 2 quant à elle s'intéresse aux interactions entre les acteurs des CSSS et les acteurs de l'Environnement qui dépendent de plusieurs facteurs d'influence. Ces interactions sont primordiales quant à la mise en place de conditions d'adaptation favorables ou non.

D'une part, il est montré que la coévolution entre ces différentes entités permet de concevoir quels sont les facteurs endogènes et exogènes susceptibles d'influencer l'adaptation des organisations de santé à l'égard de personnes migrantes de leur territoire. D'autre part, c'est bien par la coévolution que les actions tendent à être réellement collectives, avec une vision globale et un *schemata* partagé allant dans le sens d'une homogénéité entre le processus d'adaptation et les besoins émergents entre autres des acteurs opérationnels et des patients. Cet équilibre entre cohérence interne et externe se crée via notamment la justification des moyens employés afin de répondre adéquatement, et de manière adaptée, aux besoins des populations desservies, notamment les personnes migrantes. Les moyens employés se reflètent notamment dans le partage des expertises et le transfert de connaissances, via des canaux de communication établis, de manière formelle et informelle (direction des communications, comité migration, discussion de cas, etc.).

L'émergence et la mise en place de réseaux, via des *interactions novatrices*, permettent à l'organisation de santé d'être interreliée à son Environnement (Cartier &

Colovic, 2006). Cependant, le façonnement de ce dernier détermine aussi la capacité d'auto-*éco*-organisation de l'organisation de santé et des acteurs la composant. En effet, dans un Environnement stable, les acteurs et l'organisation de santé auront tendance à préserver un certain *statu quo*. Ce qui dessert en grande partie le processus d'adaptation. Mais dans un Environnement plus « accidenté », reflétant la diversité des acteurs, des organisations et des besoins en termes d'adaptation aux personnes migrantes, l'organisation de santé et ses acteurs ont tendance à renforcer les liens à l'interne et à l'externe, via notamment des interactions novatrices.

Au fil de l'analyse, le modèle développé par Kauffman (1993) et issu de la biologie nous est apparu comme un outil pouvant faciliter la compréhension des deux cas étudiés, expliquant pourquoi l'un semble plus facilement s'adapter que l'autre à la vue d'Environnement différent : compte tenu du relief de l'Environnement, c'est le degré d'adaptabilité des organisations qui est observé. L'étude de l'adaptation des organisations à leur Environnement, et la coévolution qui caractérise cette relation, pourrait être analysé à la lumière du modèle « NKSC » de Kauffman (P. Anderson, 1999; Kauffman, 1993; Andrew H. Van de Ven et al., 2012). Le couple NK se définit selon les caractéristiques internes des organismes, relevant de la complexité interne. Le couple SC quant à lui définit les caractéristiques externes à l'organisation, c'est-à-dire son Environnement.

Appliqué à notre étude, N serait la taille de l'organisation et le nombre d'acteurs présents à l'étude, et K le nombre et le type d'interactions à l'interne de l'organisation. NK représenterait les caractéristiques internes de l'organisation. Tandis que SC serait les caractéristiques externes de l'organisation à savoir S représentant le nombre d'acteurs et de partenaires faisant partie de l'Environnement de l'organisation. Ici, ce sont les organisations partenaires, telles que les organismes communautaires ainsi que le nombre réel ou perçu de personnes migrantes au sein de la population du territoire du CSSS.

Bien que nos données, telles que collectées, ne nous permettent pas une analyse complète selon ce modèle, il serait possible à l'instar de plusieurs études effectuées dans le champ de la santé ou non (Cartier & Colovic, 2006; Marion & Bacon, 1999; McKelvey, 1999a, 1999b) de l'appliquer dans l'étude des processus d'adaptation des organisations, en lien avec leur Environnement, selon le façonnement de ce dernier. Ce type d'analyse

semblerait être prometteur dans la compréhension des facteurs de performance des organisations de santé (Lamarche, 2012; Andrew H. Van de Ven et al., 2012).

Une autre contribution de notre étude, selon nous, se situe en termes politiques. En effet, l'imperméabilité des organisations de santé au politique semble très limitée, notamment lorsque le changement observé est contextuel tels que l'immigration et l'adaptation auxquels des institutions publiques consentent ou non. C'est en effet un choix dans un cadre déterminé qui s'applique : malgré la Loi sur la santé et des services sociaux du Québec (art.2, 3 et 171), une certaine latitude est tolérée, puisque ni le niveau national, ni le niveau régional ne prennent en charge la responsabilité de l'adaptation. Ainsi c'est dans le contexte de responsabilité populationnelle à laquelle sont attachés les CSSS que se joue cette latitude. Nos données ont permis de montrer que même si les besoins d'adaptation vont grandissant, proportionnellement ou non à l'accroissement du nombre de personnes migrantes sur le territoire, les organisations de santé y réagissent dans un laps de temps et une amplitude qui leur est propre à chacune, selon leur capacité d'auto-éco-organisation.

De plus, les interactions inter-établissements de santé sont rares, ne permettant pas ou peu de bénéficier de l'expertise « d'ailleurs » (ex. de la Maison Bleue à Montréal et de deux CSSS montréalais ayant une expertise reconnue en matière d'immigration au Québec).

L'inaction, ou l'action limitée, de la part des acteurs régionaux et nationaux semble provenir d'un risque « politique » calculé quant aux actions en faveur ou non de l'adaptation des services à l'égard de personne migrante. Sans revenir sur le contexte polémique des « accommodements raisonnables » des années 2010, il est clair d'après nos entrevues et l'analyse des documents obtenus que les enjeux politiques liés à l'immigration ont pesé lourd dans les choix de « non agir » qui ont été faits. Si les arguments quant « à la masse critique » non suffisante sont souvent rappelés par les acteurs plus « distanciés », c'est-à-dire stratégiques et/ou de l'environnement régional ou provincial, les CSSS ont cependant le mandat de s'adapter aux caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population qu'ils desservent.

Ces apports empiriques rejoignent en partie les constats de Denis (2002) quant aux capacités de la gouvernance des systèmes de santé, quel que soit le niveau, et leurs influences sur les capacités à mettre en œuvre un changement.

Chapitre 7 : Conclusion

*« Oui, encore une fois, tout est organisation »
La Mettrie, L'Homme-Machine²³*

Le but de cette recherche était de mieux comprendre comment l'adaptation des organisations de santé se traduit dans les sphères clinique et administrative de cette dernière ainsi qu'auprès de son Environnement. Afin d'y arriver, nous avons étudié deux organisations de santé et des acteurs de leur Environnement respectif en ce qui a trait à leurs capacités adaptatives lorsque des personnes issues de l'immigration font partie de la population qu'ils desservent. La prise en charge de ce type de patientèle par les organisations de santé se fait notamment par les services infirmiers, mais pas seulement. Nous mettons en lumière que bien qu'étant des actrices incontournables dans ce processus, elles ne peuvent en être les seules puisqu'étant un processus complexe, dynamique et faisant appel à plusieurs niveaux d'interactions, et cela dans l'ensemble des organisations étudiées.

7.1 Apports de la recherche doctorale

7.1.1 Apports théoriques

La contribution théorique de cette thèse se situe dans la définition et la synthèse d'un cadre intégrateur du processus d'adaptation d'une organisation complexe, via les mécanismes d'une gouvernance multiniveaux. Pour ce faire, nous sommes partis d'un cadre proposant une vision intégratrice de l'adaptation, postulant davantage de mécanismes linéaires qu'au final. En effet, l'idée selon laquelle les prises de décisions émergent à la fois des acteurs opérationnels et à la fois des acteurs stratégiques est venue en travaillant les données et en étant face au terrain à plusieurs reprises, que ce soit via les entrevues ou bien via l'implication de la chercheuse sur le comité migration du CSSS 1 et de l'organisme communautaire 1. Il nous est apparu plus clairement que parler d'adaptation ne suffit pas.

²³ cité par Le Moigne:17

C'est un processus qui ne se fait pas tout seul, et qui dépend d'autres phénomènes fondamentaux auxquelles doit réagir l'organisation dans son ensemble, et au sein de ses parties. Le phénomène d'émergence a pris un sens important au fur et à mesure de notre recherche. C'est une caractéristique qui existe à un niveau de l'organisation et qui ne peut s'expliquer de manière compréhensible à un autre niveau sans que l'on fasse l'effort de se transporter au niveau où se trouvent ces caractéristiques émergentes (McDaniel et al., 2009). C'est un processus dynamique par lequel les propriétés de l'ensemble émanent des propriétés des parties (Palmberg, 2009; Richardson, 2008). Au niveau des comportements des acteurs, certaines règles aléatoires peuvent entraîner un ordre émergent au niveau du système, mais de savoir s'il y a un ordre ou non dépend surtout du *degré de connectivité* entre les différents éléments du réseau au sein duquel on agit (les acteurs du contexte et les acteurs de l'organisation par exemple) (Stacey, 1995). Ce degré de connectivité dépend du nombre et du caractère aléatoire des relations entretenues entre les différents acteurs. Plus les liens sont nombreux entre les différents acteurs auto-organisés, plus le système dans son ensemble est capable de fonctionner au bord du chaos : le cas du CSSS 1 est un bon exemple, puisque la variabilité et la diversité des liens qu'il entretient avec les acteurs de l'Environnement sont en adéquation avec la variabilité et la diversité de son Environnement. Par contre, il a été montré que la force ou la faiblesse du lien a moins d'incidence sur la variabilité des comportements dans un système complexe que leur nombre (Granovetter, 1973). Si rien ne permet de déterminer à l'avance les décisions individuelles ou collectives qui sont ou seront prises (Stacey, 1995), l'émergence, sans être continue, n'est pas un produit fini de l'adaptation.

En plus de mettre de l'avant le phénomène d'émergence, les observations nous ont aussi permis de clarifier des concepts tels que l'adaptation, l'auto-éco-organisation et la fractalisation ainsi qu'une gouvernance multiniveaux. Le développement de ce cadre s'est fait dans une perspective ouverte sur l'Environnement dans lequel coévoluent les organisations de santé. Ceci a permis d'appliquer des approches de la complexité pour développer le cadre théorique ainsi que les analyses qui ont suivi. Six propositions de recherches ont émergé de cette schématisation, et ont été analysées avec les données recueillies pour notre étude.

L'analyse de ces données a mis en évidence des rôles *d'acteurs de connectivité*, mettant l'emphase sur les interactions en termes de communication, qu'elles soient formelles

ou informelles en plus d'être développées tant à l'interne de l'organisation, de manière organisée et à l'externe, c'est-à-dire de manière organisante. À partir de nos résultats, nous pouvons penser que ce sont ces rôles de *connectivité* qui permettent que des *structures de connectivité* voient le jour à travers l'espace qu'est la gouvernance multiniveaux.

Ainsi, une gouvernance multiniveaux permet des intégrations horizontales avec un réel partage des connaissances et des informations entre les différents acteurs tout en n'excluant pas une vision hiérarchique de l'intégration et de l'adaptation au sein de l'organisation de santé et avec les acteurs extérieurs. Ces intégrations sont rendues possibles grâce à des leviers d'actions. Nous en avons dénombrés huit : Structure, Politique, Ressources, *Schemata*, Communication, Connaissance, couplage ou degré d'influence, et Connectivité. Dans notre cadre conceptuel théorique initial, les leviers de communication et de connaissance faisaient partie du levier ressources, dans une sous-catégorie « levier informationnel ». L'analyse des données recueillies a fait ressortir ces leviers comme distincts, tout comme ceux du couplage et de la connectivité qui n'étaient pas mentionnés dans notre cadre initial. Le classement en trois catégories : administratif, émergent et d'habilitation n'apparaît pas dans le cadre final par soucis de clarté. Nous préférons laisser le noms de chacun des leviers d'action interagissant à certains moments dans le processus d'adaptation de la gouvernance multiniveaux d'une organisation de santé.

L'une des contributions qui selon nous est porteuse à travers ce cadre intégrateur est la position occupée par l'Environnement : c'est une des parties prenantes dans le processus d'adaptation qui peut influencer les dynamiques de l'organisation. Les résultats obtenus vont dans le sens de plusieurs recherches mettant en exergue le modèle de Kauffman (NKSC), s'intéressant particulièrement au degré d'adaptabilité des organisations et de leur Environnement : l'oscillation se situant entre un Environnement stable versus « accidenté » .

Nos données ont aussi fait ressortir des *interactions novatrices*, comme caractéristiques d'une coévolution entre l'organisation et son Environnement : quel que soit l'historique de réciprocité et la force des liens entretenus entre les acteurs, les interactions émergentes pour s'adapter à un changement « contextuel » tel que l'immigration et la prise en charge de cas tels que celui de personnes réfugiées par des organisations de santé,

dépendent étroitement de la diversité de ces liens, représentatifs de la diversité des acteurs à travers chacun des niveaux de la gouvernance, prenant en compte les besoins d'adaptation.

En effet, dans le CSSS 1 existent des liens à l'interne, entre les champs et les sphères ainsi qu'à l'externe, avec les acteurs de l'Environnement :

« Le CA, il a une particularité, moi je pense, dans notre secteur, il a une particularité, au niveau des clientèles migrantes ou immigrantes, il faut, regarde, il faut que ce soit à tous les niveaux de l'organisation, mais en partant d'en haut, donc le mode de gouvernance »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS1]

« Les organisateurs communautaires, ils peuvent être influents, parce qu'ils voient des choses, ils entendent des choses, ils peuvent nous dire : « Écoutez. Pensez à telle chose » »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

« C'est vraiment d'aller chercher l'adhésion de nos médecins, nos chefs médicaux. Après, c'est le président du CMDP... C'est sûr que le président du Conseil des médecins, dentistes, lui, il faut toujours, toujours l'embarquer, dès le départ, ça fait partie des stratégies là »

[Acteur Stratégique, Administratif, CSSS1]

Que ce soit au niveau des acteurs stratégiques, tactiques ou opérationnels, la volonté et les actions vont dans le même sens : développer, à partir des expériences de terrain et de l'expertise des intervenants, un cadre facilitant l'adaptation au sein de l'ensemble de l'organisation de santé, sans perdre les liens avec les acteurs de l'Environnement. Ainsi, le processus d'adaptation à un changement contextuel serait réalisable lorsque les motivations, les *schemata* et les besoins rencontrent les intérêts des acteurs de chacun des niveaux, créant ainsi une dynamique fractale.

Dans le CSSS 2, nous avons pu voir que l'émergence d'interactions novatrices, à une moindre échelle puisque se limitant plutôt à 2 programmes (A et C) et une sphère (clinique), est aussi actif.

« Je pense qu'on peut être une sorte de catalyseur. On est bien placé à cause de nos mandats communautaires, on connaît bien les organisations comme ORG.COMM2. Un rôle privilégié dans le sens de nommer ou connaître ces réalités et les porter à l'attention d'autres secteurs de l'organisation qui sont

moins proche et qui ne les verront pas tant qu'il n'y a pas un cas qui va se présenter »

[Acteur tactique, Clinique, CSSS2]

« La stratégie permettant l'adaptation, ... il n'y a pas de couloirs de discussion, mise à part l'organisatrice communautaire qui fait affaire (...) de créer un dialogue entre les populations immigrantes et nous, ça peut passer par des comités de coordination, des tables de concertation, mais rien de ça est vraiment... en tout cas à moi. L'organisatrice communautaire fait des choses, mais je trouve ça ne percole pas, ça ne rejaillit pas dans l'organisation tant que ça »

[Acteur Stratégique, Clinique, CSSS2]

Cependant, il est plus restreint puisque ne bénéficiant pas ou moins d'une volonté organisationnelle et administrative forte. Le schéma concernant les besoins d'adaptation ne dépassant que difficilement la sphère clinique : les acteurs de la sphère administrative étant davantage orientés vers un raisonnement quantitatif de l'adaptation aux besoins de personnes migrantes : s'il n'y en a pas plus au sein de la population du territoire, il n'y a pas de problème (pas de plaintes envers le commissaire) et donc pas besoin de s'adapter autrement qu'au cas par cas. Les acteurs opérationnels sont laissés à eux-mêmes, les acteurs administratifs ne sont pas concernés et la complexité des enjeux est évacuée vers la sphère clinique et les acteurs locaux de l'Environnement.

À l'instar de Mintzberg et Glouberman (2002), qui ont montré comment fonctionnaient les quatre mondes du « *soins, traitement, de la communauté et du contrôle* », nous les incorporons à notre cadre en montrant que les intérêts propres de chacun de ces mondes peuvent se rencontrer dans un espace dédié : la gouvernance multiniveaux. Afin qu'une cohérence d'ensemble émerge de ces interactions, les acteurs de chacun de ces mondes intègrent les besoins des autres, passant d'actions hétérogènes à des actions homogènes, en réseau et adaptées. Ce qui ne signifie pas évacuer ou abolir les tensions existantes entre ces différents acteurs (ou mondes), mais bien de les utiliser afin de solliciter l'émergence d'*interactions novatrices* capables de concilier ces divers intérêts. L'utilisation de différents leviers administratifs, émergents et d'habilitation peut permettre ce type de conciliation et ainsi réduire les impacts liés à l'ambiguïté de l'adaptation.

La gestion de l'ambiguïté, en effet, est loin d'être résolue par les acteurs stratégiques uniquement (Denis et al., 2009). Nos données nous permettent de montrer que ce sont via les acteurs tactiques et opérationnels que peut se créer un équilibre dans l'adaptation. À travers les différents niveaux au sein de chacune des sphères prend forme une gouvernance multiniveaux équilibrée, grâce à une dynamique fractale mettant de l'avant des interactions émergentes et en contact permanent avec les acteurs de l'Environnement (coévolution) : toutes les relations à l'interne de l'organisation sont dépendantes des liens avec l'externe. C'est la recherche constante d'un équilibre entre le changement et la continuité qui permet, selon nous, de s'adapter.

7.1.2 Apports pratiques

Cette recherche permet de contribuer au niveau pratique de plusieurs manières. D'une part, elle amène un point de vue intégré de la prise en charge de patients migrants : en effet, la sphère clinique et la sphère administrative ressortent comme deux entités concomitantes et non concurrentes. La gouvernance clinique et la gouvernance administrative agissent dans des modes non compétitifs lorsqu'elles agissent dans le sens de l'adaptation des services à l'égard des personnes migrantes. Structurellement et culturellement parlant, elles convergent vers un intérêt commun. Le rôle de la sphère administrative, tel que démontré dans d'autres recherches, est de jouer le rôle de support à la sphère clinique (Lamarche et al., 2003; Lamarche et al., 2008). Lorsque ce jeu de rôle est en place, la convergence des intérêts ne fait pas de doute. Par contre, si ce rôle n'est pas complètement intégré ou acquis, il en ressort des silos et des incompréhensions tendant vers deux voies parallèles, l'une clinique, devant s'adapter aux populations qu'elle dessert. L'autre, éloignée de ces réalités, souhaitant répondre aux impératifs managériaux. Afin que les acteurs de ces deux sphères se comprennent, il est alors important que le respect et la crédibilité du savoir de chacun soient partagés. Ce fut le cas par exemple dans les deux comités migration, qui ont émergé dans le même temps au sein de chacun des CSSS étudiés. Cependant, c'est dans le CSSS 1 que les interactions entre l'ensemble des acteurs, et cela à tous les niveaux de l'organisation, se sont développées. Dans celui du CSSS 2, les acteurs tactiques et stratégiques ne considéraient pas, dès l'émergence du comité, être interpellés par les besoins opérationnels, à la base du

Comité. Ils souhaitaient y participer une fois que la liste des besoins serait établie. Ce manque de considération pour la réalité opératoire entraîne un désintérêt général et un découragement des acteurs opérationnels engagés sur le comité.

D'autre part, les organisations de santé en plus de rechercher une cohérence interne, se doivent d'être ouvertes à leur Environnement afin de trouver une cohérence externe : c'est la variabilité minimale qui est alors centrale. La variabilité au sein de la gouvernance multiniveaux d'une organisation de santé permet de s'assurer que l'organisation est en lien avec la variabilité de son propre Environnement. En reprenant nos données, nous avons pu constater que le caractère hospitalo-centré du CSSS 2 ne lui permettait pas d'être aussi ouvert que le CSSS 1 sur son Environnement : les liens avec l'extérieur étaient peu nombreux, l'organisation était perçue comme « isolée ». Que ce soit au niveau des ressources, des structures ou de la connectivité entre les différents acteurs des différentes sphères, les caractéristiques sociales et proche du terrain propre aux programmes et aux services de première ligne ne suffisaient pas à convaincre l'ensemble des acteurs du CSSS de la nécessité de supporter l'adaptation de certaines pratiques auprès des personnes migrantes. Les voix des acteurs opérationnels étaient peu entendues. Dans le CSSS 1, qui était un CSSS de première ligne non fusionné avec un centre hospitalier, l'ouverture de l'organisation à son Environnement semblait plus facile. D'autant plus que les liens étaient nombreux avec les différents acteurs de l'Environnement : la variabilité minimale interne était en adéquation avec la variabilité et la diversité de l'Environnement.

Dans cette perspective, le schemata est à la fois levier et facteurs d'adaptation pour la gouvernance d'une organisation de santé: un hôpital par définition est une institution tournée sur elle-même, qui n'a pas à s'adapter à son Environnement. Par contre, une organisation de première ligne est une institution, par définition, tournée vers l'extérieur et elle doit répondre aux besoins de la population qu'elle dessert : c'est une approche à la fois sociale et sanitaire. En fusionnant les deux entités, les schemata sont difficilement conciliables et les priorités organisationnelles ont tôt fait de se porter sur les priorités hospitalières telles que le temps d'attente aux urgences.

Enfin, à travers notre recherche et d'un point de vue pratique, nous avons développé, en partenariat avec un organisateur communautaire du CSSS1, un questionnaire auprès des

professionnels du CSSS sur l'adaptation des services. Nous avons pu faire ressortir les facteurs facilitant et les barrières à l'adaptation selon les acteurs cliniques et administratifs (notamment en ressources humaines). Les résultats obtenus ont servi d'appui au travail du Comité afin d'établir un plan d'adaptation du CSSS1, qui a été déposé au conseil d'administration de l'établissement en juin 2012.

7.1.3 Limites

Nous abordons ici les limites de la démarche suivie tout au long de notre recherche. Elles sont au nombre de six.

La première concerne les limites quant à la portée théorique de notre étude. En effet, bien que souhaitant contribuer à l'avancement des connaissances, un certain réalisme est de mise. Ce qui nous amène à relativiser la portée de notre cadre théorique. Nous croyons fortement que les approches de la complexité, notamment du modèle de Kauffman (NKSC), sont des avenues porteuses pour une meilleure compréhension de l'adaptation et du changement, que ce soit au niveau organisationnel, mais aussi à plus grande échelle, au niveau social. Cependant, nous savons que le cadre développé à partir de nos lectures, de nos propres intuitions et de l'analyse de nos données n'est pas parfait et demandera à être amélioré dans les années à venir. De plus, le lien entre ces approches et celles de la gouvernance, notamment multiniveaux sont aussi en développement. Comme certains auteurs (Duit & Galaz, 2008), nous pensons sincèrement que l'adaptation sans contraintes n'existe pas, ainsi l'auto-éco-organisation et l'émergence sont forcément déterminées dans un cadre donné, une culture et une société par exemple. Par contre, nous pensons que lier ces deux approches, de la complexité et de la gouvernance, permet de concevoir à la fois le changement et l'adaptation comme des actions émergentes et autonomes, et à la fois comme des actions relevant de la convergence vers un ensemble coordonné et visant la cohérence ou l'homogénéité.

Une seconde limite tient au choix que nous avons dû opérer pour des raisons de faisabilité. En effet, en plus d'obtenir le point de vue des acteurs de l'organisation de santé et de l'Environnement, nous aurions voulu aussi recueillir le point de vue de personnes

migrantes ayant eu accès ou non aux services de santé. Cependant, nous avons pris soin de considérer la littérature et les rapports en provenance des organismes communautaires afin de ne pas écarter des points de vue plus communautaires qu'institutionnels. De plus, afin de nous assurer que nos entrevues couvraient des thèmes reconnus comme importants par les personnes migrantes elles-mêmes, nous les avons testés auprès de deux personnes issues de deux communautés culturelles différentes (et ayant migré à des époques différentes). Elles avaient toutes les deux déjà utilisé les services de santé. Ainsi nous avons pu entrevoir que les thèmes couverts par notre recherche répondaient à des préoccupations partagées au niveau de personnes issues de l'immigration.

Une troisième limite concerne la validité externe de notre étude : le nombre de cas à l'étude, c'est-à-dire deux CSSS, peut être restrictif de l'ensemble des réalités vécues sur le territoire montréalais. De plus, ces deux cas proviennent d'un même contexte, à savoir la Montérégie au Québec, province du Canada. Pour compléter et renforcer nos résultats, il serait bon de faire la même recherche dans d'autres CSSS au Québec, ainsi que dans d'autres provinces ou pays (exemple des organisations de première ligne en Ontario, en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande par exemple).

Une quatrième limite concerne la validité interne : le point de vue de certains professionnels a pu se trouver « diminué » à cause d'une plus faible participation aux entrevues. En effet, dans le CSSS1, six personnes (6/8), toutes du champ opérationnel, ont soit refusé soit pas répondu à nos demandes d'entrevue. Par contre, grâce à notre implication sur le Comité migration du CSSS 1, nous avons pu via le questionnaire développé et passé à travers l'ensemble du CSSS, évalué si nous avions bien, à travers nos données, l'ensemble des positions qui ressortaient dans le questionnaire concernant les réponses des acteurs rattachés aux programmes visés par notre étude.

Une cinquième limite est que notre étude de cas s'est réalisée, comme bon nombre de recherche, sur une période de temps X. Ce qui permet de recueillir les positions des acteurs à un moment donné, en plus de retracer historiquement les différentes étapes de l'organisation via leur mémoire, et celle des documents administratifs consultés. Cependant, depuis notre terrain, plusieurs transformations majeures se sont produites, telle que la fusion du CSSS 1 avec un hôpital. Ce qui laisse croire que les conditions observées durant notre collecte de

donnée ont dû considérablement changé depuis. Il serait intéressant de voir si la dynamique adaptative enclenchée notamment par le Comité Migration et le plan d'adaptation déposé a continué dans ce sens, ou bien si elle s'est traduite par un recul de l'engagement de l'organisation dans cette voie.

Enfin, une sixième limite fait référence à la position de la chercheuse, soit celle d'une personne ayant vécu elle-même une expérience migratoire. Il y a fort à parier que cette expérience à contribuer à une appréhension particulière des différents enjeux liés à la prise en charge de personnes migrantes par le système de santé. Ceci n'est pas sans comporter des risques, notamment celui de s'identifier comme faisant partie des groupes ciblés et d'orienter les analyses et les interprétations en ce sens. Cependant, étant dans une perspective plutôt interprétative, ce type de biais est envisageable, mais plusieurs stratégies ont permis de les réduire ou amoindrir le plus possible. Ainsi, la tenue d'un journal de bord tout au long de la recherche, que ce soit avant pendant et après notre collecte de données, ainsi que le résumé de chacune des entrevues et la tenue d'un tableau récapitulatif pour l'ensemble du corpus sont autant de moyens pertinents ayant contribué à rendre récursif notre approche. De plus, les nombreuses rencontres, discussions et lectures des différentes étapes d'analyses, d'interprétation et des quatre articles de la thèse par mes directeurs de recherche et membre du comité de suivi sont aussi des stratégies allant dans ce sens.

7.2 Des pistes de réflexions et d'amélioration *en continu*

Au terme de cette conclusion, nous souhaitons faire un récapitulatif de plusieurs recommandations qui sont apparues tout au long de ce processus de recherche.

La première concerne un point soulevé par de nombreux acteurs rencontrés : le manque de visibilité des patients migrants (et de leurs représentants) au sein des instances de gouverne des organisations de santé tels que les conseils d'administration (CA) et les conseils des usagers.

Deuxièmement, le concept d'Hôpitaux promoteur de santé (HPS) est en plein développement dans plusieurs hôpitaux et CSSS du Québec. Un volet particulier a déjà été développé en Europe, il s'agit des hôpitaux accrédités « Amis des Migrants » (« *Migrants*

Friendly ») (OMS-Europe, 2004, 2005). Cette avenue est considérée comme prometteuse par plusieurs répondants à notre recherche. Plusieurs d'entre eux insistent sur l'importance de considérer de telles avenues en termes de performance des organisations. En effet, si les tableaux de gestion sont des outils importants, il est selon eux, tout autant important de considérer les objectifs tels que l'adaptation des services et les activités de *reaching out* comme des indicateurs de performances de l'organisation de santé, d'autant plus dans une perspective populationnelle.

Troisièmement, à la lumière de nos résultats, nous considérons que la politisation des enjeux liés à l'immigration et à l'intégration des personnes issues de l'immigration (cf. accommodements raisonnables, projet de loi sur une « Charte des valeurs » et coupures budgétaires dans le PFSI, etc.), au sein d'une société d'accueil se répercutent dans le milieu de la santé, et peut jouer un rôle défavorable vis-à-vis de ceux qui ont de réels besoins, que ce soit les migrants ou les non-migrants. Cela contribue à mettre l'emphase sur le système de santé tel un système « intégrateur » pour les populations « non intégrées », posant « problèmes » puisque ne répondant pas à la loi du plus grand nombre. Ce type de raisonnement et de vision dessert fréquemment des parties de la population qui n'ont pas le capital, au moment opportun, pour prendre place dans le débat social. Ainsi dans la perspective d'une société juste et équitable et sans parler de dépolitisation du système de santé, il serait important de conserver, quoi qu'il arrive, un « filet protecteur » pour les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité, qu'elle soit d'ordre économique, sociale ou matérielle. En matière de migration et à titre d'exemple, des enjeux importants (et des questionnements) existent quant aux services en santé mentale, notamment pour les migrants « réfugiés » : en effet, leur prise en charge est non adéquate, avec de nombreux bris de suivi lorsque ce n'est pas des refus de prise en charge. Il existe de nombreuses explications quant à ces situations, mais l'une qui ressort clairement est celle de la formation des médecins et des spécialistes qui est considérée comme insuffisante pour agir adéquatement avec ce type de cas jugés comme « lourds et complexes ». Ce manque de formations est relevé aussi par les infirmières interrogées (et pourrait, semble-t-il, être élargit à d'autres professionnels du réseau de la santé tels que les pharmaciens par exemple). Sachant que l'ensemble de ces professionnels, dans les années à venir, va prendre de plus en

plus de place dans le processus de prise en charge quels qu'il soit, la responsabilité de la formation ne repose pas uniquement sur les épaules des facultés de médecine.

Aussi, le rôle d'*Advocacy* des infirmières de ce type de patients est mis à mal selon plusieurs répondants. En effet, les tâches, les responsabilités et la lourdeur des cas à charge (*case loads*) ne vont pas en diminuant. Le rôle d'*advocacy* est un rôle demandant du temps, ce qui dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et de coupure budgétaire a du mal à trouver une place (Blondeau, 1999). Les infirmières insistent sur l'importance d'une meilleure intégration des pratiques, qu'elles soient cliniques ou communautaires afin d'offrir des services adaptés aux populations desservies. Tout en insistant aussi sur le besoin de formations interculturelles liées à leurs pratiques cliniques ainsi qu'au travail en collaboration avec des interprètes formels.

Selon nos résultats, le contexte semble ainsi favorable à la mise en place et l'émergence de réseaux : en effet, une tendance vers une gouvernance adaptée en réseaux, c'est-à-dire plus équilibrée afin de répondre à l'ambiguïté de l'adaptation dans des organisations complexes s'est révélée. En effet, au sein des deux organisations de santé étudiées, et leur Environnement respectif, nous avons pu noter à plusieurs reprises que le concept de responsabilité populationnelle est de plus en plus intégré par les différents acteurs.

Cependant, il reste à y intégrer des composantes plus opérationnelles afin de le rendre plus concret pour l'ensemble des acteurs et passer ainsi à un mode « *schemata* collectif » pour tous les niveaux de l'organisation de santé, ainsi que les acteurs de l'Environnement qui peuvent y voir *à priori* une négation de leur légitimité et crédibilité (marcher sur leurs plates-bandes).

Il existe malgré tout un *momentum* qui appelle à un renforcement du concept de responsabilité populationnelle, tout en le pluralisant à l'ensemble des acteurs impliqués, et non pas simplement le définir uniquement comme la chasse gardée des CSSS mandatés par la dernière réforme mise en place. Ces types de réseaux, comme nous l'avons vu, dépassent le seul système de santé et ne peuvent donc pas se restreindre à une coordination typiquement « sanitaire ».

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). Transcending General Linear Reality. *Sociological Theory*, 6(2), 169-186.
- Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale. (2006). *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale : Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009*. Québec.
- Allotey, P. (2007). Ethnicity and access to health care. *The Lancet*, 370(9586), 475-476.
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive. *Recherches qualitatives*, 26-37.
- Anderson, A. (2008). Understanding migrants' primary healthcare utilisation in New Zealand through an ethnographic approach. *Diversity in Health and Social Care*, 5, 291-301.
- Anderson, P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *ORGANIZATION SCIENCE*, 10(3), 216-232.
- Andrews, M. M. (1998). Transcultural Perspectives in Nursing Administration. *Journal of Nursing Administration*, 28(11), 30-38.
- Arford, P. H., & Zone-Smith, L. (2005). Organizational Commitment to Professional Practice Models. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 467-472.
- Argyris, C., & Schon, D. (2002). *Apprentissage organisationnel: théorie, méthode, pratique*. Paris: DeBoeck Université,.
- Ashworth, R., Boyne, G., & Delbridge, R. (2009). Escape from the Iron Cage? Organizational Change and Isomorphic Pressures in the Public Sector. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(1), 165-187. doi: 10.1093/jopart/mum038
- Auger, L. T., Nadeau, L., & Beauregard, M. (2007). Ces enfants venus d'ailleurs. *Le Médecin du Québec*, 42(3), 55-63.
- Balogun, J. (2006). Managing Change: Steering a Course between Intended Strategies and Unanticipated Outcomes. *Long Range Planning*, 39(1), 29-49. doi: DOI: 10.1016/j.lrp.2005.02.010
- Battaglini, A. (2010). *Les services sociaux et de santé de première ligne face à la pluriethnicité (ss. la direction)*. Montreal.
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H., & Fecteau, D. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate (École et Milieux en santé: Équipe Culture et Migration, Trans.) (pp. 11). Montréal: Direction Santé Publique.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 14(2), 90-95. doi: 10.1177/10253823070140022002
- Beer, M., Eisenstat, R. E., & Spector, B. (1990). Why Change Programs don't Produce Change. *Harvard Business Review*, Nov-dec.
- Begun, J., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems *Advances in Health Care Organization Theory*, S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.) (pp. 253-288). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health*, 96 Suppl 2, S30-44.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
- Betancourt, J. (2007). Commentary on "Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education". *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 25S-27S.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, J., & Park, E. (2005). Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Aff*, 24(2), 499-505. doi: 10.1377/hlthaff.24.2.499
- Bhatia, R., & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 8, 48. doi: 1471-2296-8-48 [pii] 10.1186/1471-2296-8-48
- Bhopal, R. S. (2007). *Ethnicity, race and health in multicultural societies: Foundations for better epidemiology, public health, and health care*. New-York: Oxford University Press.
- Bibeau, G. (1988). *À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*. Québec: Les Publications du Québec.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*, 57(3), 503-512.
- Blais, R. (2007). Les événements indésirables dans les établissements de santé et de services sociaux *Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L. Montréal: Gaetan Morin.
- Blom, T., Radulova, E., & Arnold, C. (2008). Theorizing Modes of Governance in the EU: Institutional Design and Informational Complexity.: European Governance Papers (EUROGOV), No. C-08-04.
- Blondeau, D. (1999). *Ethique et soins infirmiers*. Montréal: Presses Université de Montréal (PUM).
- Bodenheimer, T., Lo, B., & Casalino, L. (1999). Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA*, 281(21), 2045-2049. doi: 10.1001/jama.281.21.2045
- Bodenheimer, T., & Pham, H. H. (2010). Primary Care: Current Problems And Proposed Solutions. *Health Aff*, 29(5), 799-805. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0026
- Boisot, M., & Mckelvey, B. (2010). Integrating Modernist and Postmodernist Perspectives on Organizations: A Complexity Science Bridge. *The Academy of Management Review*, 35(3), 415 - 433.
- Borgès Da Silva, G., & Borgès Da Silva, R. (2005). La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA. *Revue Medicale de l'Assurance Maladie*, 36(4), 323-335.
- Bouchard, G., & Taylor, C. (2008). *Fonder l'avenir: le temps de la conciliation*. (ISBN 978-2-550-52752-7 (réimpression))

- ISBN 978-2-550-52766-4 (PDF)). Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <http://www.accommodements-quebec.ca/documentation/rapports/rapport-final-abrege-fr.pdf>.
- Boudon, R. (1977). *Effets pervers et ordre social*: Presses universitaires de France.
- Boudon, R. (1989). La théorie de l'action sociale de Parsons : La conserver, mais la dépasser *Sociologie et sociétés*, 21(1), 55-67. doi: 10.7202/001084ar
- Boulais, J. (2010). *La régionalisation de l'immigration au Québec : évolution de 1982 à 2006 des flux et des caractéristiques sociodémographiques*, <http://hdl.handle.net/1866/4289>. (M.Sc), Université de Montréal, Montréal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1866/4289> Available from <http://hdl.handle.net/1866/4289>
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Brabant, Z. (2008). *Portrait de la situation des migrants à statuts précaires à Montréal: Sans papiers, travailleurs temporaires, personnes victimes de la traite, personnes sous moratoire et autres personnes au statut migratoire précaire*. Unpublished master dissertation, Université de Montréal. Montréal.
- Brassard, A. (2003). Adaptation, transformation et stratégie radicale de changement. *Revue des sciences de l'éducation*, 29(2), 253-276.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 167-173.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258. doi: 10.1136/jech.57.4.254
- Breier-Mackie, S. (2007). Cultural Competence and Patient Advocacy: The New Challenge for Nurses. *Gastroenterology Nursing* 30(2), 120-122.
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. (Ph.D. Disponible en format Adobe PDF), Université de Montréal, Montréal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1866/3201>
- Breton, M., & Maillet, L. (2014). Mandated local health networks across the province of Québec: a better collaboration with primary care working in the community? *London Journal of Primary Care, forthcoming*.
- Brown, S. L., & Eisenhardt, K. M. (1997). The Art of Continuous Change: Linking Complexity Theory and Time-Paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 42(1), 1-34.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- Cartier, M., & Colovic, A. (2006). Coévolution et adaptabilité des réseaux. *Revue française de gestion*, 5(164), 119-140. doi: 10.3166/rfg.164.119-140
- Cazale, L., Touati, N., & Fleury, M.-J. (2007). La mise en oeuvre des réseaux intégrés: expérimentations et évaluations en Montérégie *Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L. (pp. 195-217). Montréal: Gaetan Morin.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada Etude 39.
- Cognet, M., Bertot, J., Couturier, Y., Rhéaume, J., & Fournier, B. (2005). Pratiques infirmières en milieu pluriethnique- Volet 1 Organisation des soins infirmiers de

- santé primaire en milieu pluriethnique *series de publications du centrederecherche et de formation* (Vol. 11). Montreal: CSSS de La Montagne.
- Collins, R. (1985). *Three sociological traditions (selected readings)*. New-York: Oxford University Press.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec
Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs43676>.
- Contandriopoulos. (2003). Inertie et Changement. *Ruptures*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos. (2008a). Fondements idéologiques des systèmes de soins. Notes de cours. *Analyser et comprendre le système de santé, Université de Montréal*.
- Contandriopoulos. (2008b). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2).
- Contandriopoulos, Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal (1990).
- Contandriopoulos, Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Contandriopoulos, Fournier, M., Denis, J., & coll., e. (1999). Les mesures incitatives et le paiement des ressources, *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, et coll.* (pp. 123-147). Montreal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31.
- Conway, E., & Monks, K. (2011). Change from below: the role of middle managers in mediating paradoxical change. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 190-203. doi: 10.1111/j.1748-8583.2010.00135.x
- Copans, J. (1999). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Nathan Université.
- Copans., J. (1999). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: Nathan Université.
- Copp, L.-A. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255-263.
- Coser, L. (1956). *The Functions of Social Conflict*. New-York: The Free Press.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective* Paris: Editions du Seuil.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Dahrendorf, R. (1972). *Classes et conflits de classes dans la société industrielle*: Mouton.
- Darwin, C. (1921 (1872)). *L'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle ou la lutte pour l'existence dans la nature* (E. Barbier, Trans. 6ième ed.). Paris: Alfred Costes (6ième édition).
- De Maio, F. G., & Kemp, E. (2009). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*.

- Denis, J.-L. (1988). *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations: le cas de l'implantation de la vacation au centre d'hébergement*. (PhD), Université de Montréal, Montréal.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada *Étude* (Vol. n°36). Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Report Study No. 36. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 15(1).
- Denis, J.-L., Champagne, F., Pomey, M., Préval, J., & Tré, G. (2005). Towards a framework for the analysis of governance in health care organizations. Ottawa: Canadian Council on Health Service Accreditation.
- Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Gouvernance clinique: discussion et perspectives. *Pratiques et Organisations des Soins*, 39(3), 249-254.
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., . . . Dubois, C.-A. (2009). The reciprocal dynamics of organizing and sense-making in the implementation of major public-sector reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), 225-248. doi: 10.1111/j.1754-7121.2009.00073.x
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215. doi: 10.1177/0018726707075288
- Denis, J.-L., Lehoux, P., Hivon, M., & Champagne, F. (2003). Creating a new articulation between research and practice through policy? The views and experiences of researchers and practitioners. *J Health Serv Res Policy*, 8 Suppl 2, 44-50.
- Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging "Resistance to Change". *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 25-41. doi: 10.1177/0021886399351003
- Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability. *Health Aff*, 26(5), 1258-1268. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1258
- Dewaele, J.-M. (2001). L'apport de la théorie du chaos et de la complexité à la linguistique. *La Chouette*, 32, 77-86.
- Divay, G., & Paquin, S. (2013). L'administration publique dans la gouvernance multiniveau infranationale: état de la question et perspectives. *Télescope*, 19(1), 1-24.
- Dolan, S., L., Garcia, S., Diegoli, S., & Auerbach, A. (2000). Organisational Values as "Attractors of Chaos": An Emerging Cultural Change to Manage Organisational Complexity. *Journal of Economics literature classification*, D23, M14, O33.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care (1966). *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi: doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Dooley, K. J., & Van de Ven, A. H. (1999). Explaining Complex Organizational Dynamics. *Organization Science*, 10(3), 358-372.
- Dortier, J.-F. (Ed.) (2004) (Sciences Humaines ed.). Auxerre: PUF.
- Dubinskas, F. A. (1994). On the Edge of Chaos. *Journal of Management Inquiry*, 3(4), 355-366. doi: 10.1177/105649269434009
- Duit, A., & Galaz, V. (2008). Governance and Complexity—Emerging Issues for Governance Theory. *Governance*, 21(3), 311-335. doi: 10.1111/j.1468-0491.2008.00402.x
- Durkheim, E. (2013 (1895)). *De la division du travail social*. Paris: PUF-Quadrige.
- Faist, T. (2009). Diversity: a new mode of incorporation? *Ethnic and Racial Studies*, 32(1), 171 - 190.
- Farazmand, A. (2003). Chaos and Transformation Theories: A Theoretical Analysis with Implications for Organization Theory and Public Management. *Public Organization Review*, 3(4), 339-372.
- Farjoun, M., & Levin, M. (2011). A Fractal Approach to Industry Dynamism. *Organization Studies*, 32(6), 825-851. doi: 10.1177/0170840611410817
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun, *Dozon J-P, Fassin D, Critique de la santé publique, une approche anthropologique* (Vol. 181-208). Paris: Balland.
- Folke, C., Hahn, T., Olsson, P., & Norberg, J. (2005). Adaptive Governance of Social-Ecological Systems. *Annual Review of Environment and Resources*, 30(1), 441-473. doi: doi:10.1146/annurev.energy.30.050504.144511
- Ford, R. (2010). *Organization Design and Managing Continuous Change: A Complex Adaptive Practice Theory*. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management. Montreal.
- Forsé, M. (1989). *L'ordre improbable: Entropie et processus sociaux*. Paris: PUF.
- Fortin, S., & Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, Familles, Générations*(6), 16-37.
- Frank, K. A., & Fahrback, K. (1999). Organization Culture as a Complex System: Balance and Information in Models of Influence and Selection. *Organization Science*, 10(3), 253-277.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*, 98(2), 216-221. doi: AJP.H.2007.114777 [pii] 10.2105/AJP.H.2007.114777
- Gagnon, A. (2002). La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow)*. Ottawa: Santé Canada.
- Galbraith, J. R. (1973). *Designing complex organizations.*: Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc..
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change Initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433-448.

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldline.
- Gleick, J. (1988). *Chaos : Making a New Science*.
- Glouberman, & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease-- Part II: Integration. *Health Care Manage Rev*, 26(1), 70-84; discussion 87-79.
- Glouberman, & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3), 12-22.
- Glouberman, & Zimmerman, B. (2002). Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? *Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper 8*. . Ottawa.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2004). Systèmes compliqués et complexes: les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé *Les forces de changement dans le système de santé canadien dans P.G Forest, G. Marchildon & T. McIntosh* (pp. 22-57). Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *The American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Green-Hernandez, C., Quinn, A. A., Denman-Vitale, S., Falkenstern, S. K., & Judge-Ellis, T. (2004). Making primary care culturally competent. *Nurse Pract*, 29(6), 49-55.
- Greenhalgh, T., & Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1285-1294. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.034
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *Ruptures Revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Hage, J. T. (1999). Organizational innovation and organizational change. *Annual Review of Sociology*, 25, 597-622.
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American journal of sociology*, 82(5), 929-964.
- Hansen, M. T. (1999). The search-transfer problem: the role of weak ties in sharing knowledge across organization subunits. *Administrative Science Quarterly*, 44(1), 82-112.
- Harigopal, K. (2006). *Management of Organizational Change: Leveraging Transformation*: SAGE Publications.
- Hatchuel, A. (2000a). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective ? *Prospective pour une gouvernance démocratique. Heurgon E, Landrieu J.* (pp. 29-42). Paris: Edition de l'Aube.
- Hatchuel, A. (2000b). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? *Heurgon, E., Landrieu, J. eds. Prospective pour une gouvernance démocratique*, . Paris: Edition de l'Aube.
- Hayek, F. A. (1948). *Individualism and Economic Order*. Chicago, IL: Henry Regnery Company.
- Henderson, L. J. (1935). *Pareto's General Sociology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hinings, C. R., Greenwood, R., Reay, T., & Suddaby, R. (2004). Dynamics of Change in Organizational fields. In S. Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of*

- Organizational Change and Innovation* (pp. 304-323). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. H. (1995). *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*: Helix Books.
- Huber, G. P. (1991). Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures. *ORGANIZATION SCIENCE*, 2(1), 88-115. doi: 10.1287/orsc.2.1.88
- Hufty, M. (2007). La gouvernance est-elle un concept opérationnel ? *Fédéralisme Régionalisme, Société civile, globalisation, gouvernance : aux origines d'un nouvel ordre politique ?*, 7(2).
- Huy, Q. N. (2002). Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers. *Administrative Science Quarterly*, 47(1), 31-69.
- Jarzabkowski, P. (2003). Strategic Practices: An Activity Theory Perspective on Continuity and Change. *Journal of Management Studies*, 40(1), 23-55. doi: 10.1111/1467-6486.t01-1-00003
- Jarzabkowski, P. (2004). Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. *Organization Studies*, 25(4), 529-560. doi: 10.1177/0170840604040675
- Jessop, R. (2003). *Governance, governance failure and meta-governance*. Paper presented at the Policies, Governance and Innovation for rural areas, Università della Calabria, Arcavacata di rende.
- Kairys, J. A., Orzano, J., Gregory, P., Stroebel, C., DiCicco-Bloom, B., Roemheld-Hamm, B., . . . Crabtree, B. F. (2002). Assessing Diversity and Quality in Primary Care Through the Multimethod Assessment Process (MAP). *Quality Management in Health Care*, 10(4), 1-14.
- Kauffman, S. A. (1993). *The Origine of Order: Self-organization and selection in evolution*. New York: Oxford University Press.
- KjÆR, A. M. (2011). Rhodes' contribution to Governance theory: praise, criticism and the Future Governance Debate. *Public Administration*, 89(1), 101-113. doi: 10.1111/j.1467-9299.2011.01903.x
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Knights, D., & Mc Cabe, D. (1998). When life is but a dream: Obliterating politics through business process reengineering. *Human Relations*, 51(6), 761-798.
- Komaromy, M., Grumbach, K., Drake, M., Vranizan, K., Lurie, N., Keane, D., & Bindman, A. (1996). The role of black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *New England Journal of Medicine*, 334(20), 1305-1310.
- Kotter, J. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lacroix, M. (2005). État de la situation quant aux difficultés liées à l'accessibilité et à l'adéquation des services pour certaines clientèles ethnoculturelles vulnérables (pp. 72). Longueuil: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.
- Lamarche, P. (2012). *Les organisations de santé vues sous l'angle de la complexité*. Notes de cours et manuscrit en développement.
- Lamarche, P., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. . Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

- Lamarche, P., Pineault, R., & Brunelle, Y. (2008). L'obligation de faire des choix difficiles, et même très difficiles. *Document de travail, Université de Montréal, GRIS*.
- Lamothe, L. (2007). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation *Le système sociosanitaire du Québec: Gouvernance, régulation et participation, Fleury, MJ, Tremblay, M, Nguyen, H et Bordeleau, L.* (pp. 289-298). Montréal: Gaetan Morin.
- Lane, D., & Maxfield, R. (1996). Strategy under complexity: Fostering generative relationships. *Long Range Planning, 29*(2), 215-231.
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Telescope, 14*(3), 13-32.
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope, 14*(3), 13-32.
- Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2009). The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies: A Review of the Literature. *Journal of Transcultural Nursing, 20*(1), 93-104. doi: 10.1177/1043659608325841
- Lawrence, P. R., Lorsch, J. W., & Garrison, J. S. (1967). *Organization and environment: Managing differentiation and integration* (Harvard University ed.). Boston, MA: Division of Research, Graduate School of Business Administration.
- Le Moigne, J.-L. (1994). *La théorie du système général: théorie de la modélisation* (4ième édition ed.). Paris: PUF.
- Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I., & Rosenberg, E. (2014). Working with interpreters. In L. Kirmayer, C. Rousseau & J. Guzder (Eds.), *Encountering the Other: The Practice of Cultural Consultation* (pp. 89-114). New-York: Springer.
- Leduc, N., & Proulx, M. (2004). Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 6*(1), 15-27.
- Levesque, J.-F., Pineault, R., Simard, B., Roberge, D., Hamel, M., Kapetanakis, C., & Robert, L. (2007). L'expérience de soins de la population : Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Institut national de santé publique du Québec; Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoigne.
- Levesque, J.-F., Raynald Pineault, Lauriane Robert, Marjolaine Hamel, Danièle Roberge, Costas Kapetanakis, . . . Laugraud, A. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Montreal: Agence de la santé et des services sociaux du Québec.
- Levinthal, D. A., & Warglien, M. (1999). Landscape Design: Designing for Local Action in Complex Worlds. *Organization Science, 10*(3), 342-357.
- Lichtenstein, B. B. (2000). Self-organized transitions: A pattern amid the chaos of transformative change. *Academy of Management Executive, 14*(4), 128-141.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations, 55*(5), 537-564. doi: 10.1177/0018726702055005427
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, (2013).
- Lu, M. C., Lin, Y. G., Prietto, N. M., & Garite, T. J. (2000). Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: a cost/benefit analysis. *Am J Obstet Gynecol, 182*, 233 - 239.

- Mable, A., & Marriott, J. (2002). De la connaissance à la pratique : le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Série de rapports de synthèse : les soins primaires (Vol. 1). Ottawa: Santé Canada.
- Mandelbrot, B. (1977). *Fractals : form, chance & dimension*. San Francisco: W. H. Freeman
- Mandelbrot, B. (1990). Fractals: A geometry of Nature. *New Scientist*, 127(1734), 38-43.
- March, J. G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2(1), 71-87.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1984). The new institutionalism: organizational factors in political life. *The American political science review*, 734-749.
- Marchesnay, M. (2006). Galbraith : d'un institutionnalisme à l'autre ? . *Innovations*, 23(1), 31-48. doi: 10.3917/inno.023.0031
- Marion, R., & Bacon, J. (1999). Organizational Extinction and Complex Systems. *Emergence*, 1(4), 71-96. doi: 10.1207/s15327000em0104_5
- Marx, K., & Engels, F. (1977). *Capital: Librairie du Progrès*.
- Mathews, K. M., White, M. C., & Long, R. G. (1999). Why Study the Complexity Sciences in the Social Sciences? *Human Relations*, 52(4), 439-462. doi: 10.1177/001872679905200402
- McDaniel, R. R., Jr., Lanham, H. J., & Anderson, R. A. (2009). Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Management Review*, 34(2), 191-199.
- McElmurry, B. J., Park, C. G., & Buseh, A. G. (2003). The Nurse-Community Health Advocate Team for Urban Immigrant Primary Health Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 275-281. doi: doi:10.1111/j.1547-5069.2003.00275.x
- McKelvey, B. (1999a). Avoiding complexity catastrophe in coevolutionary pockets: Strategies for rugged landscapes. *Organization Science*, 10(3), 294-321.
- McKelvey, B. (1999b). Complexity Theory in Organization Science: Seizing the Promise or Becoming a Fad? *Emergence*, 1(1), 5-32. doi: 10.1207/s15327000em0101_2
- Mechanic, D. (1968). Health, disease and deviant behavior *Medical Sociology* (pp. (15-33) 250): Free Pr; 2 edition (March 1978).
- Mechanic, D., & Tanner, J. (2007). Vulnerable People, Groups, And Populations: Societal View. *Health Aff*, 26(5), 1220-1230. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- MICC. (2007). *La planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010*. (ISBN : Version imprimée : 978-2-550-50344-6). Québec: Gouvernement du Québec.
- MICC. (2008a). *La diversité : une valeur ajoutée : Plan d'action gouvernemental 2008-2013*. Québec: Direction des affaires publiques et des communications du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles Retrieved from <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/presse/index.html#Boutan>.
- MICC. (2008b). *Plan stratégique 2008-2012*. Québec: <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/planification/plan-strategique.html> Retrieved from <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/planification/plan-strategique.html>.
- MICC. (2008c). *Portraits régionaux 1997-2006-Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2008*. Québec: Retrieved from <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-etablis-immigrants.html>.
- MICC. (2008d). *Tableaux sur l'immigration au Québec 2003-2007*. Québec: Retrieved from <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/recherches-statistiques/stats-immigration-recente.html>.

- Miedema, B., Hamilton, R., & Easley, J. (2008). Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician*, 54(3), 335-336.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Méthodes en sciences humaines (2nd ed.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Miller, J. H., & Page, S. E. (2007). *Complex Adaptive System, an introduction to Computational models of social life*. Princetown: Princetown University Press.
- Mintzberg, H. (1989). *Le Management : Voyage au centre des organisations* (J.-M. Behar, Trans.). Paris.
- Minvielle, E. (2000). Reconcilier standardisation et singularité: les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. *Ruptures Revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 8-22.
- Miszkurka, M., Goulet, L., & Zunzunegui, M. V. (2010). Contributions of Immigration to Depressive Symptoms Among Pregnant Women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 358-364.
- Moore, J. H., & Kraatz, M. S. (2010). Governance Form and Organizational Adaptation: Lessons from the Savings and Loan Industry in the 1980s. *Organization Science*, published online before print September 30, 2010, DOI: 10.1287, 1-19. doi: 10.1287/orsc.1100.0579
- Morgan, G. (1989). *Images de l'organisation* (Eska ed.). Québec: Les Presses de l'Université Laval
- Morin, E. (2005 (1990)). *Introduction à la pensée complexe* (Vol. 534). Paris: Seuil "Points Essais".
- Gouvernement du Québec, Loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Loi 25 C.F.R. (2003).
- MSSS. (2004a). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et des services sociaux*. Québec: MSSS.
- Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2 (art. 349) (2005).
- MSSS. (2006). Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Québec: MSSS.
- MSSS. (2012). *Une passerelle vers un avenir en santé: La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir- Orientations ministérielles*. Québec: Retrieved from <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/1a14f0bb247a423685257a4c00679b89?OpenDocument>.
- Munoz, M., & Chirgwin, J.-C. (2007). Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42(2), 33-43.
- Nacu, A. (2011). À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail*, 53(1), 109-130.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *ORGANIZATION SCIENCE*, 5(1), 14-37. doi: 10.1287/orsc.5.1.14

- O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Baumann, A., & Birch, S. (2001). Framework for analyzing health human resources (p.6) in Canadian Institute for Health Information. Future development of information to support the management of nursing resources: Recommendations. . Ottawa: CIHI.
- Oakes, L. S., Townley, B., & Cooper, D. J. (1998). Business Planning as Pedagogy: Language and Control in a Changing Institutional Field. *Administrative Science Quarterly*, 43(2 Special Issue: Critical Perspectives on Organizational Control), 257-292.
- OIIQ. (2003). "Notre profession prend une nouvelle dimension-Des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique".
- OIIQ, & CMQ. (2006). Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée. Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Collège des Médecins du Québec,.
- OIIQ, & CMQ. (2008). Soins de Première ligne-Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Collège des Médecins du Québec,.
- Olson, M. (1965). *Logique de l'action collective*.
- OMS-Europe. (2004). Déclaration d'Amsterdam: Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle. Amsterdam: OMS-Europe.
- OMS-Europe. (2005). Project summary: Migrant-Friendly Hospitals project. Vienne.
- OMS. (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant (pp. 248). Genève: OMS.
- OMS. (2002). Stratégies avancées durables: Une stratégie visant à dispenser des services de vaccination et d'autres services aux populations non desservies. Genève: Organisation Mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (1993). Bureau régional de l'Europe. Politique des associations nationales de médecins dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins. Genève: OMS.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 15(2), 203-203.
- Ouimet, A.-M., Trempe, N., Visandjee, B., & Hemlin, I. (2013). Adaptation linguistique des soins et des services de santé: Enjeux et stratégies (pp. 64): Institut national de santé publique du Québec,.
- Palmberg, K. (2009). Complex adaptive systems as metaphors for organizational management. *The Learning Organization*, 16(6), 483.
- Parson, T. (1937). *Structure of Social Action*: McGraw Hill.
- Parson, T. (1957). *Toward a General Theory of Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- Parson, T. (1977). *Social Systems and the Evolution of Action Theory*. New York, NY: The Free Press.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*: Thousand Oaks.
- Phaneuf, M. (2007). La loi 90 et le plan thérapeutique infirmier. Retrieved 27 janvier 2010, from <http://www.google.ca/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=6&ved=0CCAQFjAF&url=>

- http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La_loi_90_et_le_plan_therapeutique_infirmier.pdf&rct=j&q=14+activites+reserv%C3%A9es+loi+90&ei=1KRgS96aG83R8Qbl_sWMDA&usg=AFQjCNHXIM8b1BRPXYrA18NG5mC3dQJ-qA
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, 94(2), 251-267.
- Pineault, R., Hamel, M., & Foisy, L. (2006, 25-26 mai 2006). *Le mode d'organisation optimale des ressources et des services en Montérégie: une réflexion critique*. Paper presented at the Quatrième colloque montréalais sur les réseaux locaux de services, Château Vaudreuil-Québec.
- Pineault, R., Hamel, M., & Lozier-Sergerie, A. (2008). *Une approche populationnelle pour apprécier la performance des services de santé de première ligne: les résultats d'une recherche sur les organisations de première ligne dans deux régions du Québec*. Paper presented at the GREAS, Direction de santé publique de Montréal. <http://www.greas.ca/publication/conference.html>
- Plsek, P. (2003). *Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care*. Paper presented at the Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations Washington, D.C.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628. doi: 10.1136/bmj.323.7313.625
- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 183-194.
- Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaetan Morin ed.
- QDA Miner 3.2. (2010). Logiciel d'Analyse Qualitative pour les Méthodes Mixtes - Provalis Research.
- Quickfall, J. (2004). Developing a model for culturally competent primary care nursing for asylum applicants and refugees in Scotland: a review of the literature. *Diversity in Health and Social Care*, 1, 53-64.
- Raphael, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. (pp. 138-159). Lévis: Presse de l'Université Laval.
- Rezki, L. (2004). Théories des institutions et applications aux organisations. *Cahiers de recherche de la Chaire de management stratégique international WJ Somers*, 4(01).
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28(8), 1243-1264. doi: 10.1177/0170840607076586
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937. doi: 10.1136/jech.2006.054254
- Robinson, J. C., & Casalino, L. P. (1996). Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs*, 15(1), 7-22.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: leçons pour la mise en oeuvre de changements complexes. *Télescope*, 14(3), 1-12.

- Rosenberg, E., Kirmayer, L., Xenocostas, S., Dao, M.-D., & Loignon, C. (2007). GPs' strategies in intercultural clinical encounters. *Fam. Pract.*, 24(2), 145-151. doi: 10.1093/fampra/cmm004
- Rosenheck, R. A. (2001). Organizational process: a missing link between research and practice. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1607-1612.
- Rosser, W. W., & Kasperski, J. (1999). Organizing Primary Care for an Integrated System. *HealthcarePapers*, 1(1), 5-21.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Rousseau, C., Ter Kuile, S., Munoz, M., Nadeau, L., Ouimet, M. J., Kirmayer, L., & Crepeau, F. (2008). Health care access for refugees and immigrants with precarious status: public health and human right challenges. *Can J Public Health*, 99(4), 290-292.
- Sauvageau, Y. (2005). Mise à jour de 30 indicateurs selon le CSSS tiré de Le Portrait de santé : la Montérégie et ses territoires de CLSC. Longueuil: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie, Direction de santé publique.
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du Travail*, 42, 51-68.
- Shi, Forrest, C., Von Schrader, S., & Ng, J. (2003). Vulnerability and the Patient-Practitioner Relationship: The Roles of Gatekeeping and Primary Care Performance. *Am J Public Health*, 93(1), 138-144.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital & health services administration*, 38(4), 447-466.
- Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- Smaje, C., & Le Grand, J. (1997). Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Social Science & Medicine*, 45(3), 485-496.
- Spencer, H. (1875). *Principes de sociologie, vol. 1 à 3*. New-York, NY: Appleton and Company, 1898.
- Stacey, R. D. (1995). The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477-495.
- Starfield, B. (1997). The future of primary care in a managed care era. *Int J Health Serv*, 27(4), 687-696.
- Statistique Canada. (2007). Tendances du recensement pour Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement (tableau). Recensement de 2006, produit n° 92-596-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Retrieved Diffusé le 4 décembre 2007. <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/trends/Index.cfm> site consulté le 7 février 2009.
- Steele, L., Lemieux-Charles, L., Clark, J., & Glazier, R. (2002). The impact of Policy changes on the Health of Recent Immigrants and Refugees in the Inner-city: A

- Qualitative Study of Services Providers Perspectives. *Can J Public Health*, 93(2), 118.
- Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112-121.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (second edition)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stroebel, C. K., McDaniel, R. R., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Nutting, P. A., & Stange, K. C. (2005). How Complexity Science Can Inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31, 438-446.
- Sweeney, K., & Griffiths, F. (2002). *Complexity and Healthcare: an introduction*. Oxon-UK: Radcliffe Medical Press.
- Tenbenschel, T. (2005). Multiple modes of governance. *Public Management Review*, 7(2), 267-288. doi: 10.1080/14719030500091566
- Tenbenschel, T. (2013). Complexity in health and health care systems. *Social Science & Medicine*, 93(0), 181-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.017>
- Thietart, R.-A. (2001). Management et complexité : concepts et théories *Stratégies. Actualité et futurs de la recherche.Vuibert/FNEGE, MARTINET A.C., THIETART R.A.* Paris (France).
- Tolbert, P., & Zucker, L. (1994). Institutional Analyses of Organizations: Legitimate but not Institutionalized. *Institute for Social Science Research (University of California, Los Angeles), VI 1994-95 - Biotechnology Studies*.
- Tremblay, D. (2007). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie*. (Ph.D.), Université de Montréal, Montréal.
- Tremblay, L. (2011). La discrimination dans le domaine de la santé: mieux les comprendre pour mieux les combattre, Entrevue avec M. Cagnet. *Cahier METISS*, 2(7).
- Tsoukas, H. (1998). Introduction: Chaos, Complexity and Organization Theory. *Organization*, 5(3), 291-313. doi: 10.1177/135050849853001
- Tsoukas, H., & Dooley, K. J. (2011). Introduction to the Special Issue: Towards the Ecological Style: Embracing Complexity in Organizational Research. *Organization Studies*, 32(6), 729-735. doi: 10.1177/0170840611410805
- Uhl-Bien, M., Marion, R., & McKelvey, B. (2007). Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 298-318. doi: 10.1016/j.leaqua.2007.04.002
- Van de Ven, A. H., Leung, R., Bechara, J. P., & Sun, K. (2012). Changing Organizational Designs and Performance Frontiers. *Organization Science*, 23(4), 1055-1076. doi: 10.1287/orsc.1110.0694
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *The Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse?* Paper presented at the Colloque International en Recherche Qualitative et Gestion, Ecole des Hautes Études Commerciales Montréal.
- Vérificateur général du Québec. (2011). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 Chapitre 3: Sélection des immigrants

- travailleurs qualifiés. (Vol. 1, pp. 61). Québec: Entité vérifiée : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.
- Vimard, P. (2002). Pauvreté, crises et population, *Le monde en développement. Démographie et enjeux socio-économique*, in Y. Charbit, 222p. Paris: La Documentation française.
- Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Fam Pract*, 23(1), 111-115.
- Weber, M. (1995 (1921)). *Économie et société, T.1*. Paris: Plon, Agora.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361-386. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.361
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *ORGANIZATION SCIENCE*, 16(4), 409-421. doi: 10.1287/orsc.1050.0133
- Wolff, Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., . . . Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8(1), 93.
- Wolff, Stalder, H., Epiney, M., Walder, A., Irion, O., & Morabia, A. (2005). Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med*, 60, 2149 - 2154.
- Wylie, L. (2013). *The complexity of change : an interdisciplinary analysis of health care organizations' responses to ethnic diversity in Vancouver and Montreal*. (PhD), University of British Columbia, Vancouver.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition*. Londres: Sage (1994).
- Yordanov, Y. (2013). *Un modèle systémique d'analyse de changement dans les organisations : le cas de l'analyse de l'implantation du projet PATH de l'OMS Europe en France*. (PhD), Université de Montréal et Université de Nantes, Montréal.
- Young, D., Borland, R., & Coghill, K. (2010). An actor-network theory analysis of policy innovation for smoke-free places: understanding change in complex systems. *American Journal of Public Health*, 100(7), 1208-1217. doi: 10.2105/AJPH.2009.184705
- Yuter, S. (2011). *A self-organizing group within a hierarchical organization*. (Doctorat), University of San Francisco, San Francisco.
- Zimmerman, B., & Dooley, K. (2001). Mergers versus Emergers: Structural Change in Health Care Systems. *Emergence*, 3(4), 65-82.
- Zimmerman, B., & Hayday, B. (2003). Generative Relationship: STAR. In G. Eoyang. (Ed.), *Voices from the Field* (pp. 197-214). Minneapolis: HSDI Press.
- Zimmerman, B., & Hurst, D. (1993). Breaking the Boundaries: The Fractal Organization. *Journal of Management Inquiry*, 2(4), 334-355. doi: 10.1177/105649269324006

Annexes

Annexe 1 : Certificat d'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal



No de certificat : CERFM 2010-11 #407

Faculté de médecine
Vice-décanat à la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CÉRFM)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre du projet : L'adaptation des services de santé de première ligne à l'égard de clientèles vulnérables migrantes ou nouvellement arrivées : le cas des services infirmiers

REQUÉRANT : **Lara Maillet, Candidate au PhD en Santé Publique,**
ESPUM / [REDACTED]

SOUS LA DIRECTION DE Paul A. Lamarche, Professeur titulaire, DASUM,
Fdm, UdeM.

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les exigences éthique en vigueur, un **suivi annuel** est minimalement requis pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi vous sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat et peut être consulté sur la [page Web du CÉRFM](#).

[REDACTED]
Dianne Audet, coordonnatrice
CÉRFM

Isabelle Boutin-Ganache, présidente
CÉRFM

Approuvé : 20 juillet 2010

Certificat valide jusqu'au 1^{er} août 2011

[REDACTED]
http://www.med.umontreal.ca/recherche/informations_chercheurs/ethique_recherche.html

Annexe 2 : Grille d'entrevue utilisée (adaptée pour chaque groupe d'acteurs interrogé)

2012-03-29 15:08

Numéro d'entrevue : Date : Lieu : Heure :
Sites : CSSS 1 / CSSS 2/ C3 (Env.) Programme : 1a, 1b, 1c ou 2a, 2b, 2c
Numéro de code du répondant :

A. Questions de l'entrevue :

1. Pouvez-vous me présenter votre rôle et vos fonctions au sein de l'organisation ?
2. Pourriez-vous me parler de l'importance des clientèles¹ migrantes (PMV) ou nouvellement arrivées (NA) par rapport aux autres clientèles de votre service/programme/organisation/région?
3. Racontez-moi comment et par qui, dans votre service/programme/organisation/région, sont accueillies, et éventuellement soignées ces clientèles.
Comment sont-elles nommées ou qualifiées ?
3. Avez-vous déjà été témoin ou acteur d'une situation de soins/de gestion dans laquelle intervenaient des clientèles migrantes ou nouvellement arrivées ? Pouvez-vous me la raconter.
4. Comment croyez-vous que les services de première ligne, notamment infirmiers doivent se comporter à l'égard de ces clientèles?
5. Comment définiriez-vous **votre rôle et celui des autres acteurs impliqués**, ainsi que les **fonctions** qui en découlent, au sein des services infirmiers de première ligne à l'égard des NA et des PMV ? Quelles sont les **interactions** entre l'ensemble des acteurs, vous y compris?
6. Pouvez-vous me parler des **outils et des ressources**² mis à votre disposition pour vous aider à offrir des soins et des services de première ligne à des NA et des PMV?
7. Comment décririez-vous **l'environnement/le contexte** dans lequel évoluent les acteurs impliqués dans l'offre de services infirmiers de première ligne à l'égard des NA et des PMV ?
8. Pouvez-vous me parler des **stratégies** que vous employez dans votre service/programme/établissement/région permettant l'adaptation des services infirmiers de première ligne à l'égard de NA et de PMV?

¹ Le terme clientèle, bien que connoté de 'mercantilisme' et symbole d'un discours « marchand », nous apparaît moins discriminant que le terme « population » (très difficile à définir), et plus approprié que le terme « patient » étant donné que nous ne parlons pas uniquement de personnes ayant eu recours au système de santé. Par exemple, dans nos entrevues avec des intervenants communautaires des différentes ONG locales, les personnes ayant recours à ce type d'organisme ne sont pas des 'patients'.

² Par exemple: documents-guides-rapport-brochures, etc.

2012-03-29 15:08

Numéro d'entrevue : Date : Lieu : Heure :
Sites : CSSS 1 / CSSS 2/ C3 (Env.) Programme : 1a, 1b, 1c ou 2a, 2b, 2c
Numéro de code du répondant :

9. Selon vous, au niveau de votre service/programme/organisation/région, quels sont les **modes de gouvernances** qui peuvent influencer l'adaptation des services infirmiers de premières lignes à l'égard des NA et des PMV ?
À quels niveaux, d'après vous, se prennent les décisions à ce sujet?

Auriez-vous d'autres commentaires?

B. Profil socio-démographique : Renseignements prélevés avant l'entrevue et qui seront confirmés à la fin de l'entrevue avec la personne interviewée.

Nom, Prénom :
Sexe : (F/M)
Date de Naissance :
Profession :
Organisation :
Niveau de formation complété :

Merci beaucoup de votre participation!

Coordonnées de la doctorante chercheure

Lara Maillet



Pour l'interviewer

Événement particulier de l'entrevue :

Numéro de code du répondant :

GRILLE D'ENTREVUE- Novembre 2010 Projet Recherche CERFM * 407
*****Copie Répondant(e)*****

Annexe 4 : Dictionnaire de codes (extrait)

Codebook of Analyses-PhD

Facteurs-Influence

◆ Communautaire

Facteur d'influence provenant du milieu communautaire-

Le leadership et les actions seraient prises par ce milieu, et permettraient d'avoir des actions concertées avec le CSSS

◆ Contextuel

Facteur contextuel (environnement) influençant la capacité d'adaptation du CSSS et de l'environnement

Provenant du contexte politique, socio-économique, religieux, local ou plus global, etc...

◆ Culturel-PopMig

Facteurs culturels en référence à la population migrante ou NA pouvant influencer le niveau d'adaptation permis ou requis ou non atteint

Les répondants se réfèrent à cet argument afin d'expliquer pourquoi cela ne fonctionne pas--ou bien pourquoi cela fonctionne (c'est grâce à ou à cause de...)

Certaines populations sont comme cela etc...(basé sur des préjugés bien souvent)

◆ Culturel-Prof

Facteurs culturels professionnels (MD, INF, ...) influençant la capacité d'adaptation d'un programme, du CSSS ou de l'environnement

Identité infirmière, influence symbolique des MD, organisation des revendications des MD spécialiste, rôle de porte parole des OC, ...

◆ Organisationnel

Facteur organisationnel influençant la capacité d'adaptation du CSSS et de l'environnement (co-evolution);

se penchent sur la priorisation de l'adaptation des services dans les lignes directrices administratives, la libération de ressources dédiées en termes de coût, de temps et d'informations, les restrictions budgétaires et la gestion de la pénurie récurrente de main-d'œuvre

◆ Structurel-Regul

Facteur d'influence se référant aux structures existantes du système et au moyen de régulation pouvant influencer les capacités d'adaptation des acteurs, des CSSS, des programmes et de l'environnement.

◆ Régionalisation

Lorsque la politique de régionalisation est citée comme cause d'actions vis à vis de l'accueil et de l'adaptation des services envers les groupes de migrants

◆ Fact-Clinique

Facteurs cliniques provenant des services, des intervenants, des guides de pratiques etc...pouvant expliquer pourquoi l'adaptation se fait ou ne se fait pas...

Portent davantage sur le degré d'autonomie des acteurs cliniques au sein de l'organisation de santé, des notions de leadership, de répartition des cas selon la disponibilité des RH ou selon leurs intérêts propres, ainsi que sur le positionnement des différents corps professionnels au sein des prises de décision

◆ Pop.anglophone

Facteur d'influence provenant de la priorisation des populations anglophones et de leur accessibilité aux services, Obligation de par la loi d'adapter les services en langues anglaise, sans être forcément "indiqué" CSSS "bilingue"

De mettre l'emphase sur cette clientèle, fais penser du coup aux populations immigrantes, qui de par la loi les CSSS ont la même obligation, mais sur lesquelles la priorité n'est pas mise...de plus, il n'y a pas la même représentations communautaires, et citoyennes, ni les mêmes appuis au niveau fédéral...

Codebook of Analyses-PhD

Champs d'Action

- Opérationnel
Action ou événement se rapportant au niveau opérationnel clinique (je ne prends pas en compte le niveau opérationnel organisationnel)
KEYWORDS: PROXIMITÉ_CLINIQUE_PRISE_EN_CHARGE_QUALITÉ_SOINS
- Tactique
Tout type d'action ou d'événement appartenant au domaine des gestionnaires et des cadres intermédiaires
KEYWORDS: CLINIQUE_ORGANISATIONNEL_PRAGMATIQUE_LIAISON
- Stratégique
Tout type d'action ou d'événement se référant au domaine des cadres supérieurs et hauts administrateurs-décideurs
KEYWORDS: CLINIQUE_ORGANISATIONNEL_ENSEMBLE_COHÉRENCE

Codebook of Analyses-PhD

Acteurs internes

- Accueil
Personne s'occupant d'Accueil dans les CSSS (secrétaire, réceptionnistes, etc...)
- Dir
Personne représentant une direction du CSSS concerné
- Équipe SAD/CHSLD
Équipe ou acteurs faisant partie des soins à domicile, beaucoup d'inf. mais aussi des TS
Équipe en Hébergement et soins à longue durée
- Équipe Scolaire
Intervenant rattaché au CSSS mais travaillant en milieu scolaire: infirmière, Travailleuse Sociale, MD, Psychologue, etc...
- Gestion
Personne liée à la GEstion au sein des CSSS (RH, Communication, Finance, etc...)
Champ d'action tactique
- INF
Infirmière au sein du CSSS
- MD
Médecin au sein du CSSS ou rattaché au CSSS
- OC
Organisateur Communautaire du CSSS concerné
- TS
Travailleur sociale du CSSS Concerné
S'il fait partie de l'Equipe scolaire, codé TS et codé aussi Equipe scolaire afin de connaître sa fonction et son équipe de rattachement
- Conseillère
Conseillère Cadre Infirmière
- Acteurs programme 1
Acteur lié au Programme 1 : Famille Enfance Jeunesse (FEJ)
Services intégrés en Petite Enfance (SIPPE), Action Communautaire (OC), ...
Cas traceur 1 (ou a)
- Acteurs programme 2
Acteur lié aux Services Généraux ou aux services courant

(Cas traceurs 2)
- Acteurs programme 3
Santé publique et Action Communautaire (CSSS2)
Dans le CSSS1, l'action communautaire est rattachée au progr. 1
Cas traceur 3
- Contexte d'action
Tout ce qui se réfère au contexte d'action du répondant et qui peut être en dehors de son institution de rattachement (contexte géographique, socio-économique, politique, organisationnel, climat de travail, changement de directions...)
KEYWORDS: POLITIQUE_ÉCONOMIQUE_SOCIAL_DÉMOGRAPHIQUE_CULTUREL_GÉOGRAPHIQUE_COMMUNAUTAIRE_INTERSECTORIEL

FIN.