

Université de Montréal

**La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières selon un processus  
d'intégration des soins**

par Caroline Longpré

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de *Philosophia Doctor* (Ph.D.)  
en sciences infirmières

Option : Administration des services infirmiers

Novembre 2016

© Caroline Longpré, 2016

## RÉSUMÉ

Cette étude a pour but de comprendre les processus de transformation de la pratique clinique chez les infirmières à la faveur des initiatives d'intégration des soins et services et d'examiner l'impact de ces processus sur le bien-être au travail des infirmières. De façon spécifique, l'étude vise: 1) à décrire les pratiques infirmières dans le contexte d'intégration des soins et services au Québec 2) à analyser la relation entre les processus de changement sous-jacents aux efforts d'intégration et le bien-être au travail des infirmières selon leurs perceptions et 3) à identifier les principaux leviers, sur les plans de la gestion et de la clinique, que peuvent mobiliser les organisations afin de soutenir la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins. L'étude a été organisée en trois volets correspondant respectivement aux trois objectifs précédemment mentionnés. Le cadre de référence développé et utilisé pour cette étude est le « *Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins* » (*MIDIS*). Il s'appuie sur les prémisses du modèle de Cazale, Touati et Fleury (2007), qui couvrent les interrelations entre les variables contextuelles (organisationnelles et structurelles), l'adoption et l'institutionnalisation des pratiques intégratives, et les effets qui y sont associés pour les infirmières en termes de bien-être au travail.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, un devis mixte a été utilisé, incluant : un devis quantitatif descriptif (volet 1), un devis quantitatif corrélationnel (volet 2) et un devis qualitatif d'étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués (volet 3). La collecte des données a été menée dans le cadre de quatre trajectoires de soins (TdeS) : Soutien à l'autonomie (*SoAu*), Palliatifs/oncologiques (*PaOn*), Santé mentale (*SaMe*) et Maladie pulmonaire obstructive

chronique (*Mpoc*). L'étude a été effectuée auprès d'infirmières, de professionnels autres, et de gestionnaires. Pour les volets un et deux, 107 questionnaires ont été complétés et 37 entrevues semi-dirigées ont été effectuées pour le volet 3.

Les résultats du premier volet ont démontré non seulement d'importantes variations dans le développement de l'intégration entre les TdeS mais également un décalage entre l'évolution de la pratique infirmière et l'introduction des changements visant une plus grande intégration des soins. Deux dimensions seulement de la pratique intégrative sur neuf (Qualité des soins et Équipe interprofessionnelle) prévalent dans l'ensemble des TdeS et seule la TdeS *PaOn* a atteint une étape plus avancée du processus d'intégration. Les résultats du deuxième volet démontrent que plus l'intégration se situe à un niveau avancé de développement, moins elle est associée à une perception de menace chez les infirmières et plus elle est associée à des réactions positives et un bien-être au travail. Le troisième volet a mis en lumière trois types de leviers qui doivent être mobilisés de manière complémentaire dans le but de favoriser l'intégration : les processus organisationnels, les processus cliniques, les investissements dans des ressources clés et dans le renouvellement de certaines structures organisationnelles. Ces résultats apportent des éclairages quant aux défis posés par les processus d'intégration des soins et montrent l'importance d'une pluralité d'interventions qui doivent être conduites à tous les paliers organisationnels afin de faciliter l'institutionnalisation des pratiques intégratives et obtenir les effets escomptés.

**Mots-clés :** Intégration des soins, pratique infirmière, bien-être au travail, trajectoires de soins, changement organisationnel, leadership clinique, approche clientèle, pratique collaborative, processus clinico-administratif, qualité des soins.

## SUMMARY

The aim of this study is to understand processes of transformation of clinical practice among nurses in the context of care and service integration initiatives, and to examine the impact of these processes on nurses' well-being at work. Specifically, the study's objectives are to: 1) describe nursing practices that underpin efforts to integrate care and services in Quebec; 2) analyze the relationship between the change processes underpinning integration efforts and nurses' self-perceived well-being at work; and 3) identify the main levers that organizations can use at management and clinical levels to support nursing practices in an care integration context. The study was set up in three parts, corresponding respectively to the three objectives mentioned above.

The reference framework developed for this study, is the *Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (MIDIS – Development model for integrated care in nursing)*. It is based on the premises of the model of Cazale, Touati et Fleury, (2007) that cover the interrelationships between contextual variables (organizational and institutional), the adoption and institutionalization of integrative practices, and the associated effects on professionals with respect to well-being in the workplace.

To achieve the study's objectives, a mixed-method design was used, which included: a descriptive quantitative component (Part 1), a correlational quantitative component (Part 2), and a single case qualitative study with nested levels of analysis (Part 3). Data were collected within four care pathways (CPs): autonomy support for the elderly (ASE); palliative oncology services

(POS); mental health services (MHS); and chronic obstructive pulmonary disease (CPOD). Data were collected from nurses, health professionals, and managers. For Parts 1 and 2, 107 questionnaires completed and 37 semi-structured interviews conducted for Part 3.

The results of the first part of the study showed not only significant variations across CPs in the development of integration, but also a gap between the evolution of nursing practice and the introduction of changes aimed at greater integration of care. Only two out of nine dimensions of integrative practice ('quality of care' and 'interprofessional teamwork') were prevalent across all CPs and only one CP (POS) had reached a more advanced stage in the integration process. The results of the second part of the study showed that, as integration became more highly developed, it was associated less with a perception of threat by nurses and more with positive reactions and well-being at work. The third part of the study identified three types of levers that should be used in a complementary way to speed up the progress of integration: organizational processes; clinical-administrative processes; investment in key resources and in renovation of certain organizational structures. These results shed additional light on the challenges posed by the process of integration of care, and show the importance of leading multiple interventions at all organizational levels to facilitate institutionalization of integrative practices and achieve the intended effects.

Keywords: care integration, nursing practice, well-being at work, care pathways, organizational change, clinical leadership, clientele approach, collaborative practice, clinical-administrative process, quality of care.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iv
Summary.....	vi
Table des matières .....	viii
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures .....	xiv
Liste des abréviations.....	xvi
Remerciements.....	xix
Avant-propos .....	xxi
Chapitre 1. Problème .....	1
1.1. Problème de recherche.....	1
1.1.1. Intégration et actualisation de la pratique infirmière.....	4
1.1.2. Intégration des soins et bien-être au travail des infirmières .....	8
1.2. Initiatives d'intégration des soins au Québec .....	10
1.2.1. Changements structurels.....	10
1.2.2. Changements dans l'organisation des services.....	11
1.2.3. Changements dans les processus cliniques.....	14
1.3. Buts, questions et hypothèses de recherche .....	17
Chapitre 2. Recension des écrits .....	19
2.1. Fondements conceptuels de l'intégration.....	20
2.1.1. Intégration selon les finalités poursuivies .....	21
2.1.2. Intégration selon l'intensité d'association entre les composantes intégrées .....	26
2.2. Intégration et ses « effets » .....	28
2.2.1. Les effets, chez la clientèle.....	28
2.2.2. Les effets, chez les infirmières .....	31
2.3. Cadre de référence de l'étude .....	35
2.3.1. Modèle d'analyse des réseaux locaux .....	36
2.3.2. The Development Model for Integrated Care ( <i>DMIC</i> ).....	37

2.3.3. Modèle théorique <i>Flexihealth</i> (2004).....	40
2.3.4. Modèle d'analyse stratégique de l'organisation.....	42
2.3.5. Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (MIDIS).....	47
Chapitre 3. Méthodologie de recherche.....	48
3.1. Approches de recherche.....	49
3.1.1. Position épistémologique.....	49
3.1.2. Méthode mixte de recherche.....	50
3.1.3. Approche séquentielle, quantitative-qualitative.....	51
3.2. Milieu à l'étude.....	52
3.3. Population et échantillon.....	55
3.4. Définitions conceptuelles des variables à l'étude.....	56
3.4.1. Variables pour le premier volet de l'étude.....	56
3.4.2. Variables pour le deuxième volet de l'étude.....	58
3.4.3. Variables pour le troisième volet de l'étude.....	60
3.5. Collecte des données.....	60
3.5.1. Démarches préalables à l'utilisation du « <i>DMIC</i> ».....	60
3.6. Processus de collecte des données.....	64
3.7. Outils de collecte de données.....	65
3.7.1. Questionnaires.....	65
3.7.2. Entrevues.....	67
3.7.3. Sources de données documentaires.....	67
3.8. Analyses des données.....	69
3.8.1. Analyse pour le premier volet de l'étude.....	69
3.8.2. Analyses pour le deuxième volet de l'étude.....	70
3.8.3. Analyses pour le troisième volet de l'étude.....	72
3.9. Considérations éthiques de la recherche.....	73
3.10. Validité de la démarche.....	75
Chapitre 4. Présentation des résultats.....	78
4.1. Article 1. Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence?.....	79

4.1.1. Abstract.....	79
4.1.2. Résumé en français.....	81
4.1.3. Background.....	82
4.1.4. Conceptual and theoretical bases.....	85
4.1.5. Methods.....	91
4.1.6. Results.....	95
4.1.7. Discussion.....	100
4.1.8. Conclusions.....	111
4.1.9. References.....	112
4.2. Article 2. Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being.....	120
4.2.1. Abstract.....	120
4.2.2. Résumé en français.....	122
4.2.3. Background.....	124
4.2.4. Reference framework.....	128
4.2.5. Methods.....	129
4.2.6. Results.....	134
4.2.7. Discussion.....	143
4.2.8. Study limitations and areas for future research.....	148
4.2.9. Conclusion.....	149
4.2.10. References.....	150
4.3. Article 3. Fostering development of nursing practices to support integrated care when implementing integrated care pathways: what levers to use?.....	157
4.3.1. Abstract.....	157
4.3.2. Résumé en français.....	159
4.3.3. Background.....	161
4.3.4. Goals and objectives.....	163
4.3.5. Conceptual and theoretical bases.....	164
4.3.6. Methods.....	167
4.3.7. Results.....	175
4.3.8. Discussion.....	192



4.3.9. Conclusions .....	197
4.3.10. Références .....	198
Chapitre 5. Discussion générale.....	202
5.1. Principales contributions de l'étude.....	203
5.2. Perspective infirmière .....	212
5.3. Limites de l'étude .....	213
5.4. Recommandations pour la recherche .....	216
5.5. Recommandations pour la pratique .....	217
5.6. Conclusion générale.....	220
Références.....	222
Annexe 1. Énoncés opérationnels: <i>Elements and clusters</i> .....	i
Annexe 2. Four Phase Development Model for Integrated Care.....	viii
Annexe 3. Lettre de sollicitation à l'intention des directeurs de programmes-services .....	x
Annexe 4. Énoncés opérationnels du SPN, SPP, Satisfaction .....	xii
Annexe 5. Formulaire d'information et de consentement au pré-test.....	xiii
Annexe 6. Formulaire d'évaluation pré-test du questionnaire.....	xviii
Annexe 7. Lettre de remerciements au pré-test du questionnaire .....	xxiii
Annexe 8. Formulaire d'information et de consentement - questionnaire.....	xxiv
Annexe 9. « Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins » .....	xxix
Annexe 10. Synthèse du plan de collecte des données .....	xlvi
Annexe 11. Formulaire d'information et de consentement à l'entrevue .....	l
Annexe 12. Guide d'entrevue clinique semi-dirigée .....	lv
Annexe 13. Guide d'entrevue administratif.....	lvii
Annexe 14. Tableau de codes préétablis /Résumé.....	lxiv
Annexe 15. Résumé du processus d'analyse des données qualitatives .....	lxvii
Annexe 16. Comité d'éthique .....	xc

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Description des programmes-services .....	12
Tableau II. Milieux à l'étude .....	54
Tableau III. Neuf dimensions de la pratique.....	57
Tableau IV. Étapes de l'intégration des soins.....	58
Tableau V. Conceptualisation de la perception du changement .....	59
Tableau VI. Fréquence relative de concordance.....	62
Tableau VII. Coefficients KR20 pour les dimensions .....	63
Tableau VIII. Documentation clinique .....	68
Tableau IX. Variables dépendantes .....	72
Tableau X. Théorie des champs.....	73
Tableau XI. Dimensions .....	89
Tableau XII. Characteristics of the sample.....	95
Tableau XIII. Prevalence of integrative activities .....	96
Tableau XIV. Interaction between dimension and pathway factors .....	97
Tableau XV. Significance of presence scores according to sociodemographic data.....	99
Tableau XVI. Integrative activities representing development <i>phases</i> .....	101
Tableau XVII. Dimensions and phases.....	109
Tableau XVIII. Profile of participants .....	135
Tableau XIX. Profile of variables by care pathways .....	136
Tableau XX. Relationships between level of integration, perception and well-being.....	137
Tableau XXI. Relationship between level of integration and perceptual assessment .....	138
Tableau XXII. Relationship between level of integration and well-being .....	139
Tableau XXIII. Simultaneous effect - threat.....	140
Tableau XXIV. Simultaneous effect - control .....	141
Table XXV. Basic outline of the analysis.....	172
Table XXVI. Synthesis of information on the theme 'Support for collaboration' .....	173
Tableau XXVII. Ressources .....	lxx
Tableau XXVIII. Gouvernance.....	lxxvi

Tableau XXIX. Modèle d'organisation .....	lxxviii
Tableau XXX. Gestion de la qualité et de la performance .....	lxxix
Tableau XXXI. Rôles et responsabilité .....	lxxx
Tableau XXXII. Collaboration .....	lxxxv
Tableau XXXIII. Compétences .....	lxxxvii

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Projet clinique au cœur de la responsabilité populationnelle .....	13
Figure 2. Organisation du réseau au 1er avril 2015 .....	16
Figure 3. Analyse de la mise en œuvre des RSI (Cazale, Touati, Fleury, 2007) .....	37
Figure 4. Development Model for Integrated Care.....	39
Figure 5. Bien-être au travail inspiré du modèle <i>Flexihealth</i> (2004).....	42
Figure 6. Analyse de la capacité de réponse de l'organisation.....	46
Figure 7. <i>Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (MIDIS)</i> .....	47
Figure 8. Approche explicative séquentielle.....	52
Figure 9. Stratégies d'analyses .....	72
Figure 10. Illustration of <i>DMIC</i> .....	90
Figure 11. Prevalent dimensions according to care pathways .....	98
Figure 12. Assessment of development phase .....	100
Figure 13. Reference framework, article 2 .....	130
Figure 14. Determinant relationships.....	142
Figure 15. Model adapted from Colletterte, Lauzier et Schneider (2013), Lewin (1951), and Minkman (2011). .....	165
Figure 16. Analysis process .....	171
Figure 17. Matrix: supporting collaboration.....	174
Figure 18. Strengths of and impediments to an organization's capacity for response .....	175
Figure 19. Perspectives organisationnelles .....	lxvii
Figure 20. Perspectives professionnelles .....	lxvii
Figure 21. Matrice transversale : Ressources financières .....	lxxi
Figure 22. Matrice transversale : Ressources humaines .....	lxxi
Figure 23. Matrice transversale : Contexte physique.....	lxxii
Figure 24. Matrice transversale : Ressources technologiques .....	lxxii
Figure 25. Matrice transversale : Gouvernance .....	lxxvii
Figure 26. Matrice transversale : Modèle d'organisation .....	lxxix
Figure 27. Matrice transversale : Gestion de la qualité et de la performance.....	lxxx

Figure 28. Matrice transversale : Rôles et responsabilités.....	lxxxii
Figure 29. Matrice transversale : Collaboration .....	lxxxvi
Figure 30. Matrice transversale : Compétence .....	lxxxviii
Figure 31. Matrice générale, CSSS.....	lxxxix

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIC :	Assistante infirmière chef
ACIC :	Assessment of Chronic Illness Care
AQESSS :	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ADRLSSSS :	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
ASE :	Autonomy support for the elderly ( <i>SoAu</i> )
CCM :	Chronic Care model
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
COPD :	Chronic obstructive pulmonary disease ( <i>Mpoc</i> )
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DG :	Directeur général
DGA :	Directeur général adjoint
<i>DMIC :</i>	<i>Development model for integrated care</i>
DSI :	Directrice des soins infirmiers
FMG :	Family medicine group
GMF :	Groupe de médecine de famille
HSSC :	Health and social services center
IIP :	Interdisciplinary intervention plan
ISN :	Integrated services network
LSN :	Local services network
MHS :	Mental health services ( <i>SaMe</i> )
<i>MIDIS :</i>	<i>Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins</i>
MSSS :	Ministère de la Santé et des services sociaux
<i>Mpoc :</i>	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OIIAQ :	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<i>PaOn</i> :	Palliative-oncologique
PNOSI :	Positive and negative occupational stress inventory
POS :	Palliative oncology services ( <i>PaOn</i> )
RI :	Ressource intermédiaire
RLS :	Réseau local de services
RPA :	Résidence privée pour aînés
RSI :	Réseau de services intégrés
RTF :	Ressources de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de services
<i>SaMe</i> :	Santé mentale
<i>SoAu</i> :	Soutien à l'autonomie
SPPN :	Stress professionnel négatif et positif
SSS :	Santé et services sociaux
TdeS :	Trajectoire de soins
v.i. :	Variable indépendante
v.d. :	Variable dépendante
v.m. :	Variable médiatrice



*En changeant ce qu'il connaît du monde,  
L'homme change le monde qu'il connaît ;  
En changeant le monde dans lequel il vit,  
L'homme se change lui-même...*

**(Dobzansky, 1966, p. 391)**



## REMERCIEMENTS

Je voudrais, dans un premier temps, exprimer toute ma gratitude à mon directeur de thèse, M. Carl-Ardy Dubois de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal qui, par son dévouement, sa rigueur scientifique, sa persévérance et sa patience m'a guidée, soutenue et motivée tout au long de mes études doctorales. Je le remercie particulièrement pour la confiance qu'il m'a témoignée au cours de ces années. Je tiens à remercier les membres de mon comité d'approbation scientifique, Mme Marie Alderson, M. Régis Blais et Mme Lise Lamothe, tous professeurs à l'Université de Montréal, pour leurs suggestions et commentaires pertinents contribuant significativement à l'amélioration de mon protocole de recherche. Un merci tout spécial à Mme Chantal Cara, vice-doyenne aux études supérieures pour son soutien ainsi qu'à M. Miguel Chagnon, M. Joël Sango, (Département de mathématiques de l'Université de Montréal) et M. Éric Tchouaket, (professeur à l'Université du Québec en Outaouais) pour leurs précieux apports et conseils en statistiques. Merci à Mesdames Claire de Ravinel, Sylvie Gagnon et Micheline Gagnon pour leur contribution lors de la révision linguistique de ce document, ainsi qu'à Mme Donna Riley et M. Patrick Riley, traducteurs. Merci aux membres du jury de cette thèse, Mesdames Lucie Richard, présidente-rapporteuse (Université de Montréal), Mélanie Lavoie-Tremblay, membre du jury (Université McGill), Mme Astrid Brousselle, examinatrice externe (Université de Sherbrooke) et mon directeur, M. Carl-Ardy Dubois.

Je tiens à remercier le centre de Formation et Expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI), le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS), la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), la Faculté des études

supérieures (FES), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), et la Faculté des sciences infirmières (FSI), pour leur soutien et leur contribution financière, sans lesquels cette recherche n'aurait pu avoir lieu. Par ailleurs, je remercie mon partenaire décideur et tous les acteurs de ce milieu (directeurs, coordonnateurs, gestionnaires, cliniciens) qui ont bien accepté de m'accueillir en résidence de recherche tout au long de mon cheminement doctoral. Les expériences acquises dans ce milieu ont constitué indéniablement une grande source d'enrichissement. Merci à tous les professionnels qui ont participé à l'étude, par l'entremise de questionnaires à compléter ou d'entrevues. Je ressens une grande reconnaissance face à l'excellence de vos soins auprès des patients.

Je rends un hommage spécial à ma mère, Micheline, ma sœur Sophie et mon frère Stéphane ; je leur exprime toute ma reconnaissance pour les encouragements constants qu'ils m'ont apportés au fil des ans. Les bons conseils de tous mes ami(e)s et collègues, sont d'une valeur inestimable, je tiens à les remercier pour leur amitié. Tout particulièrement, je voudrais souligner la patience et le dévouement de mon mari, Eric Forget et lui redire tout mon amour et mon appréciation. Sans oublier, un grand merci aux trois petits amours de ma vie, Marguerite, Louis-Simon et Rosalie qui sont demeurés, à tout instant, la plus grande de mes priorités et m'ont permis de maintenir un équilibre de vie au cours de tout ce cheminement doctoral. Leur fameuse question quotidienne : « *Tu as écrit combien de pages aujourd'hui maman ?* », a été la plus belle et la plus grande de mes motivations. Cette thèse, je vous la dois. Je vous aime gros comme le ciel. « *Et mon cher papa... La certitude que j'ai à l'effet que tu me guides et me protèges à chaque instant me reconforte tellement. Merci* ».

## AVANT-PROPOS

Ce document présente une thèse doctorale en administration des services infirmiers effectuée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette thèse découle de mes préoccupations concernant le développement de ma pratique infirmière dans un contexte de transformation du système de santé au Québec. Les thématiques qui y sont abordées touchent les mécanismes d'intégration des soins, les transformations de la pratique infirmière en réponse à ce contexte et la santé au travail des infirmières<sup>1</sup>.

L'organisation du document correspond aux étapes habituelles du processus de la recherche, soit la présentation de la problématique de recherche, la recension des écrits, la méthode, les résultats (sous forme de trois articles scientifiques), la discussion générale incluant les principales recommandations qui émanent de cette recherche et la conclusion.

Je souhaite que cette thèse puisse témoigner de ma passion pour ce domaine de recherche et transmettre cet intérêt chez les lecteurs : étudiants, cliniciens, gestionnaires, formateurs et chercheurs, relativement à l'approfondissement de ce champ de connaissances en évolution où il reste encore tant à faire et à découvrir. Finalement, je souhaite que cette thèse puisse susciter des pistes de réflexions, de discussions et d'interventions qui soient pertinentes pour le bien ultime des personnes et de leur famille requérant des soins de santé. Bonne lecture !

---

<sup>1</sup> Le mot « infirmière » inclut « infirmier » et il est utilisé sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

## **CHAPITRE 1. PROBLÈME**

## 1.1. Problème de recherche

Au Québec, comme dans la plupart des autres provinces canadiennes et pays industrialisés, le système de santé et de services sociaux public doit tenir compte d'une offre limitée de ressources financières et de main-d'œuvre de professionnels, des besoins grandissants d'une population vieillissante confrontée à des problèmes de santé chroniques et complexes, des développements technologiques rapides ou encore d'une spécialisation accrue des fournisseurs de services. Voici autant d'éléments qui posent de grands défis pour la pérennisation de ce système (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005, 2010, 2015a).

Afin de répondre à ces défis, la perspective d'intégration des soins et services représente depuis quelques années un idéal poursuivi dans de nombreux pays comme étant une solution au renouvellement de l'organisation des services de santé (Béland, 2010; Lamarche, 2011; Leatt, Pink et Guerriere, 2000; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010, 2015a; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b). Le système de santé au Québec s'est ainsi engagé dans diverses initiatives d'intégration des soins et services qui doivent contribuer à accroître son efficacité et améliorer l'accessibilité, la coordination, la qualité et la continuité des soins offerts à la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004a, 2015a). Ces initiatives d'intégration se sont traduites, entre autres, par la création des Réseaux de services intégrés (RSI) et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>2</sup> en 2003-2004, ou encore par la mise en place d'une structure organisationnelle par programmes-services. Ces

---

<sup>2</sup> Tout au long du document, nous faisons référence aux CSSS, relativement au fait que cette étude se soit réalisée dans ce contexte, préalablement à la création de CISSS.

changements devaient non seulement offrir une configuration structurelle renouvelée des services de santé et des ressources du secteur mais aussi servir de tremplin au développement de modalités cliniques permettant d'optimiser les trajectoires de soins (TdeS) pour la clientèle. Plus récemment, une nouvelle vague de réformes a donné lieu à la création de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) résultant de la fusion de l'ensemble des établissements publics offrant des services de santé et des services sociaux correspondant à un territoire donné (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b). Dans ces diverses initiatives d'intégration, l'accès aux services, l'amélioration de la qualité des soins, l'efficacité et l'efficacé du système de santé et de services sociaux ont constitué à chaque fois les principes directeurs de ces changements.

De nombreux travaux (lignes directrices, documents concernant les politiques gouvernementales, rapports d'évaluation, etc.) ont été réalisés par divers organismes gouvernementaux et équipes de recherche afin de guider le développement de modalités intégratives dans le réseau de la santé et des services sociaux et analyser leurs processus de mise en œuvre (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004, 2005; Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2010; Contandriopoulos, Denis et Dubois, 2009; Leprohon et Bellavance, 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004b, 2015a). Des analyses d'expériences québécoises récentes suggèrent que les démarches d'intégration de soins s'actualisent difficilement dans les organisations de santé, que les processus de renouvellement des services varient de façon importante d'un programme-services à l'autre ou d'un établissement à l'autre et qu'une désarticulation persiste entre les différents niveaux de soins (Côté, Lanctôt et Rheault, 2010; Levesque, Feldman, Dufresne,

Bergeron et Pinard, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015a). Dans plusieurs secteurs (p.ex. en santé mentale, en soutien à l'autonomie ou pour les personnes souffrant de maladies chroniques), il a été constaté que, malgré les grands efforts investis dans l'élaboration de nouveaux projets cliniques visant à mieux intégrer les soins et services, la coordination des services demeure insuffisante et des problèmes d'accessibilité, de fragmentation, de continuité et de complémentarité des soins et des services persistent (Breton, 2009; Côté, Lanctôt et Rheault, 2010; Lamarche, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b).

Associés à ces constats, plusieurs travaux ont souligné que les efforts principalement orientés vers les modifications des structures, lors des récentes transformations du système de santé, n'ont pas apporté les effets attendus sur l'intégration des pratiques des professionnels (Lamarche, 2011). Les objectifs d'intégration auront été aussi restreints à divers égards, les ressources financières, humaines et matérielles étant insuffisantes (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2005), l'infrastructure informationnelle demeurant limitée (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015a) et des pratiques de gouvernance perpétuant un fonctionnement en silo (Allaire, Alderson et St-Jean, 2014).

La mise en place de modèles d'intégration des soins et services est une initiative majeure qui a des répercussions sur le travail de l'ensemble des acteurs du réseau, tant les gestionnaires, les administrateurs que les cliniciens. En fonction des responsabilités qu'elles exercent à tous les niveaux de l'organisation, les infirmières sont particulièrement touchées par les transformations sous-jacentes à ces processus d'intégration (Bernier, 2012; D'Amour, Tremblay

et Bernier, 2007; Trottier, 2013). Ces dernières ont un rôle déterminant à jouer dans la coordination des services et l'offre de soins (Contandriopoulos, 2008) et, de ce fait, elles constituent une courroie essentielle dans le développement de divers modèles d'intégration, tels que les programmes-services, les mécanismes de référence et de suivis de la clientèle, ou encore les TdeS conceptualisées pour des clientèles cibles. Les sections qui suivent apportent un ensemble d'éléments qui indiquent que la mise en place de modèles d'intégration des soins pose le défi d'actualiser de manière fondamentale la pratique infirmière. Il sera aussi démontré que ce processus d'actualisation de la pratique implique de nouvelles conditions de travail qui peuvent avoir un impact sur le bien-être au travail des infirmières.

### **1.1.1. Intégration et actualisation de la pratique infirmière**

L'intégration des soins prend forme et offre des résultats lorsqu'elle s'actualise dans les pratiques d'organisation des services et les pratiques professionnelles (Fitzgerald, Ferlie, Wood et Hawkins, 2002; Gervais, Tchameni Ngamo, Boucher et Ménard, 2012; Laplante, Arsenault et Bonnier-Viger, 2014; Trottier, 2013). Plusieurs travaux ont démontré que le plein potentiel d'un réseau intégré de services, par exemple, ne s'obtient véritablement que lorsque les changements structurels et organisationnels s'accompagnent simultanément de changements dans les pratiques professionnelles (Breton, 2009; Lamarche, 2011). Toutefois, il a été constaté dans les récentes réformes que l'attention a été davantage accordée aux changements structurels et administratifs plutôt qu'au développement et au renouvellement des pratiques cliniques et professionnelles (Lamarche, 2011).



En ce qui concerne la pratique infirmière, le développement de mécanismes d'intégration des soins implique que les infirmières doivent adapter et actualiser leur pratique professionnelle et être parties prenantes de la mise en place des transformations organisationnelles, structurelles et professionnelles (Centre de toxicomanie et de santé mentale et Stratégie canadienne antidrogue, 2002; D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). Quel que soit le modèle d'intégration des soins privilégié, celui-ci suppose la nécessité d'une collaboration accrue entre les acteurs. Ceci implique, pour les infirmières, le défi de s'engager dans une dynamique de partenariat et de collaboration avec les autres acteurs professionnels. Les frontières entre les juridictions professionnelles doivent ainsi être renégociées pour donner lieu à de nouveaux modes de partage de responsabilités, de nouvelles modalités d'interactions et de coordination, ce qui permettra aux infirmières d'assumer des fonctions nouvelles (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999; Kaluzny et Warnecke, 2000; Leprohon et Bellavance, 2009; Office des professions du Québec, 2003; Scott, 1990). De plus, passer d'un mode de « services traditionnels » à une approche de « services intégrés » suppose que les infirmières renouvellent leurs connaissances et déploient de nouvelles compétences, attitudes et pratiques (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006). L'intégration des soins implique que les infirmières doivent acquérir des habiletés et compétences spécifiques (D'Amour et Oandasan, 2005; Gervais, Tchameni Ngamo, Boucher et Ménard, 2012; Villeneuve et MacDonald, 2006). Les pratiques collaboratives interprofessionnelles et interorganisationnelles exigent que ces professionnelles soient capables d'établir des relations de confiance avec les autres acteurs, reconnaissent les compétences de chacun, négocient, et exercent un leadership au sein des équipes intra et interdisciplinaires (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007; Phillips, Lawrence et Hardy, 2000; Schmittiel, Shortell, Rundall, Bodenheimer et Selby, 2006; Trottier, 2013). La pensée stratégique, le sens politique,

les habiletés en communication, la gestion du changement sont là d'autres exemples de compétences qui ont été associées aux exigences auxquelles doivent répondre les infirmières dans un contexte d'intégration des soins (Gervais, Tchameni Ngamo, Boucher et Ménard, 2012). Ainsi, l'infirmière clinicienne, dans ce contexte, est appelée à faciliter les transitions de la clientèle, réaliser des plans d'intervention, coordonner les soins, collaborer avec une grande diversité de professionnels et participer au développement et à la mise en place de nouveaux outils de soins (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). Toutes ces fonctions nécessitent le renouvellement de compétences tant aux plans clinique qu'organisationnel.

Les initiatives d'intégration des soins et services se sont aussi traduites pour les infirmières par l'émergence de nouveaux titres associés à l'exercice de fonctions élargies et renouvelées. Gestionnaires de cas, intervenantes-pivots, agentes de liaison, conseillères cliniciennes sont autant de rôles qui impliquent l'exercice d'un leadership et nécessitent l'acquisition de diverses compétences. En exerçant ces rôles, les infirmières interviennent comme agents facilitateurs et promoteurs du système multidisciplinaire (Durand, Laflamme et D'Anjou, 2013; Durand et Maillé, 2014; Réseau National des gestionnaires de cas du Canada, 2009; Tremblay, 2007). Dans un contexte de travail d'équipe, par exemple, elles sont appelées à planifier, évaluer, coordonner les services de divers dispensateurs (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004) et à participer au développement d'outils cliniques communs (Willard et Luker, 2007).

Les processus d'intégration des soins s'appuient sur des professionnels autonomes, de disciplines variées, dont les schèmes cognitifs, les valeurs et les intérêts multiples sont souvent

différents, mais qui doivent néanmoins travailler en interdépendance (Denis, 2002a; Lozeau, Langley et Denis, 2002; Roy et Sylvain, 2004). Pour les infirmières, la mise en œuvre d'un réseau intégré de services implique ainsi un engagement dans le développement d'une culture commune à l'ensemble des acteurs, fondée sur des valeurs et idéologies partagées. Certaines études démontrent que la fusion d'établissements à vocations différentes provoque un choc des valeurs qui peut devenir source de tensions et de conflits (Richard, 2006). La mise en œuvre des nouvelles fonctions et modalités de soins et services peut entrer en conflit avec la perception qu'ont les professionnels de leurs rôles et de leurs pratiques (Bernier, 2012; Durand, Laflamme et Anjou, 2013; Ferlie, Fitzgerald, Wood et Hawkins, 2005; Jones, 2005; Office des professions du Québec, 2013; Reay, Golden-Biddle et Germann, 2006; Willard et Luker, 2007). L'intégration pose donc le défi de remettre en question certaines pratiques fondées sur une perspective uni disciplinaire dans le but d'adopter de nouvelles pratiques qui tiennent compte d'une perspective plus large (St-Pierre, 2008). Les progrès, à cet égard, sont toutefois compromis, dans plusieurs contextes, par l'absence de lieux d'échanges entre les professionnels, un soutien limité à la pratique et des mécanismes de communication déficients (Cazale, Touati et Fleury, 2007).

Malgré les enjeux que pose l'intégration des soins en termes de transformation des pratiques professionnelles, des lacunes importantes persistent en ce qui concerne la compréhension du processus de développement des projets d'intégration dans les organisations et de leurs implications pour les pratiques professionnelles (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitiz et Huijsman, 2009; Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009; Van Raak, Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen et Paulus, 2003). La notion de pratique professionnelle dans un contexte

d'intégration des soins demeure encore mal définie (Roy, Litvak et Paccaud, 2010). La recherche infirmière dans ce domaine reste elle-même embryonnaire, et il existe jusqu'ici une base de connaissances relativement limitée permettant de guider les innovations de la pratique infirmière en la matière ou de comprendre les implications de ces processus d'intégration pour les soins infirmiers. Cette recherche aspire à combler une telle lacune et à mieux comprendre comment évolue la pratique infirmière en fonction des changements visant une plus grande intégration des soins.

### **1.1.2. Intégration des soins et bien-être au travail des infirmières**

L'intégration des soins a été présentée comme une réponse aux nombreux défis actuels du système de santé en contribuant à l'amélioration de l'accessibilité, la coordination, la qualité et la continuité des soins offerts à la population (Ministère de la santé et des services sociaux, 2015a). Il reste toutefois que le déploiement de mécanismes d'intégration représente un défi immense pour les organisations et l'ensemble des professionnels qui doivent adapter leur pratique professionnelle en fonction des exigences imposées par cette approche. Bon nombre de facteurs organisationnels et professionnels associés au travail en contexte de développement de mécanismes d'intégration sont ainsi susceptibles de modifier les conditions dans lesquelles les infirmières dispensent leurs soins, avec des conséquences potentiellement positives ou négatives sur leur satisfaction et leur bien-être au travail (Imbernon, 2008).

Suivant les résultats de divers travaux, les mécanismes d'intégration des soins, en tant que tels, peuvent représenter des sources de défis, de plaisir, de stimulation positive par le

travail, de motivation, de créativité et d'autonomie professionnelle lorsqu'ils contribuent, par exemple, à des prestations de soins de qualité, au développement du sentiment de fierté relié à un travail bien fait, à l'innovation dans le travail, au développement de nouveaux apprentissages ou encore à l'établissement d'une relation de confiance et d'entraide (Allaire, Alderson et St-Jean, 2005). Par ailleurs, à l'opposé, ils peuvent également représenter des sources de stress, d'anxiété, d'incertitude, d'insécurité, de conflit potentiel, de crainte de perte d'identité, de souffrance et d'épuisement (Imbernon, 2008; Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger et Vallières-Joly, 2001). Ces manifestations peuvent être reliées au fait que les transformations associées au processus d'intégration des soins impliquent d'importantes adaptations, nécessitent du temps et des investissements (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2005; Richard, 2006; Rousseau, 2004), s'effectuent rapidement dans le temps, de façon successive et récurrente (Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007), ou encore occasionnent une surcharge de travail (Berry et Curry, 2012; Imbernon, 2008; Richard, 2006; Villeneuve, 2007). Le manque de temps pour accomplir leurs tâches, une mauvaise utilisation de leurs compétences, le peu de reconnaissance à divers niveaux et une faible autonomie décisionnelle peuvent être à l'origine de diverses sources de souffrance pour les infirmières (Allaire, Alderson et St-Jean, 2005).

En dépit de l'impact potentiel de ces processus d'intégration sur l'expérience au travail des infirmières, l'analyse de ces répercussions n'a reçu que peu d'attention dans le contexte actuel de la transformation des soins. La perception des infirmières elles-mêmes quant à leur sentiment de bien-être dans le contexte de telles transformations a été généralement peu abordée dans les écrits. Cette recherche contribuera à combler cette lacune en permettant de mieux

comprendre comment les processus de changements liés au déploiement de TdeS affectent le bien-être au travail des infirmières.

## **1.2. Initiatives d'intégration des soins au Québec**

Au Québec, deux vagues d'initiatives d'intégration des soins ont été déployées dans les dernières années à la faveur des récentes réformes du système de santé ; des CSSS au CISSS et CIUSSS. La première a eu lieu à partir de 2003 avec la Loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux adoptée en 2003 (ADRLSSSS, Loi 25, 2003) qui a servi de base à la création des CSSS au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004c). À la faveur de cette loi, les efforts d'intégration se sont manifestés à trois niveaux. Au niveau macroscopique, ces efforts se sont matérialisés par des changements structurels résultant de la fusion des établissements de santé. Au niveau mésoscopique ces efforts se sont traduits par des changements dans l'organisation des services et au niveau microscopique, ces efforts d'intégration ont donné lieu à divers changements dans les processus cliniques.

### **1.2.1. Changements structurels**

Les fusions administratives entre les CH, les CLSC, les CHSLD et les partenaires du réseau sur un territoire donné ont mené à la création des CSSS. Ces CSSS avaient pour mandats de développer des modalités structurelles, organisationnelles et cliniques devant permettre d'améliorer l'offre de services et de répondre plus efficacement aux besoins de la population en

matière de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004b). L'arrimage entre les dimensions administratives et cliniques était au cœur du projet d'intégration et devait permettre de répondre aux principes fondamentaux sous-jacents de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Par ces principes, les intervenants étaient appelés à partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire local, en rendant accessible un ensemble de services, en assurant la prise en charge et en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011). La hiérarchisation des services devait garantir une meilleure complémentarité des services et faciliter le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne, suivant des mécanismes bidirectionnels au besoin (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b).

### **1.2.2. Changements dans l'organisation des services**

Les CSSS ont adopté une approche par programme-services qui consiste à « regrouper un ensemble de services et d'activités devant répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personne qui partagent une problématique commune » (Juhel et Anctil, 2004 p.2). Le modèle par programmes-services cherchait à optimiser les mécanismes de production et à accroître la cohérence des pratiques de gouvernance pour l'ensemble des composantes du CSSS. Faisant suite à la redéfinition des structures, la mise en œuvre de programmes-services devait faciliter la mise en commun des ressources d'un territoire provenant, entre autres et selon les contextes, de CLSC, de CHSLD, de CH, d'organisations publiques (centres de réadaptation, réseaux universitaires intégrés de

services -RUIS-, etc.) et d'organisations non gouvernementales (organismes communautaires, pharmacies, cliniques médicales privées, etc.)<sup>3</sup> (Gilbert, Brault, Breton et Denis, 2007; "Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.R.Q., c. A-8.1," 2003; Rousseau et Cazale, 2007) (Tableau I).

Tableau I. Description des programmes-services

Programme-services	Description
Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	Regroupe les services dispensés dans un établissement, à domicile, destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage. Il s'agit de compenser la détérioration de leurs conditions de santé, miser sur leur potentiel résiduel et assurer leur sécurité
Déficience physique (auditive, visuelle, motrice et langagière)	Regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui vivent une incapacité significative et persistante. Il s'agit de développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, compenser leurs incapacités et soutenir leur pleine participation sociale
Déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement, TED	Regroupe les services destinés aux personnes ayant un fonctionnement cognitif inférieur à la moyenne et des difficultés d'adaptation. Ils permettent de réduire l'impact de la déficience, de compenser les incapacités et de soutenir l'intégration sociale
Jeunes en difficulté	Regroupe les services de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, qui vivent des difficultés d'adaptation sociale ou qui nécessitent une aide pour assurer leur sécurité et leur développement
Dépendances (drogues, alcool, jeux, sexe, etc.)	Regroupe les services destinés aux personnes aux prises avec des problèmes d'abus/dépendance. Il s'agit de services de réadaptation, réinsertion sociale, désintoxication, réduction des méfaits
Santé mentale	Permet aux personnes dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée aux besoins, appropriée à sa situation
Santé physique (pall./onco, maladie chronique, aigu et urgente)	s'adresse aux personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et/ou surspécialisés, ainsi que celles aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu

Source : (Juhel et Anctil, 2004)

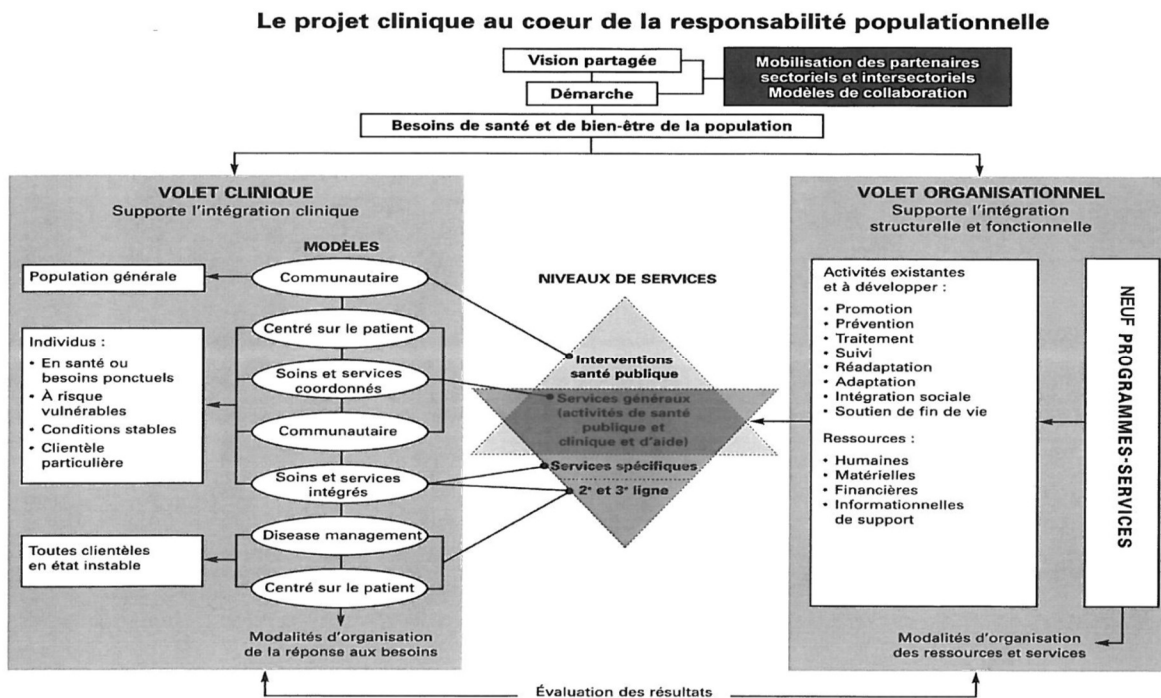
<sup>3</sup> Le projet propose la création d'ADRLSSSS, lesquelles succèdent, aux régies régionales de la SSS. Projet de loi no 25 (2003, chapitre 21). Adopté le 17 déc. 2003. Éditeur officiel du Québec.



De façon générale, les programmes-services étaient composés de services de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne, deux de ces programmes répondaient à l'ensemble de la population, soit *Santé publique* et *Services généraux, activités cliniques et d'aide* et sept d'entre eux s'adressaient à des clientèles particulières.

C'est par une démarche de « projet clinique » que les CSSS ont redéfini l'organisation de leurs services. Cette démarche réflexive collective consistait à analyser les caractéristiques et les besoins de la population en fonction des ressources du milieu afin de cibler les orientations stratégiques et les politiques, allouer des ressources financières et établir des listes d'activités prioritaires permettant de mettre en place des projets d'intégration de soins spécifiques (Auclair, Samson-Saulnier, Clapperton et al., 2004; Juhel et Anctil, 2004) (figure 1).

Figure 1. Projet clinique au cœur de la responsabilité populationnelle



Les divers modes de prestation de soins et services qui s'en dégagent devaient être adaptés aux réalités locales, englober l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, à l'adaptation, à la réinsertion sociale et au soutien en fin de vie et à tenir compte du rôle, des responsabilités et du potentiel de contribution des divers acteurs sectoriels et intersectoriels (Rheault, Bégin, Murray et Théorêt, 2005). Les soins et les services devaient ainsi être hiérarchisés et mieux coordonnés entre la première (services de base), la deuxième (services spécialisés) et/ou la troisième ligne (services ultra spécialisés) de services.

### **1.2.3. Changements dans les processus cliniques**

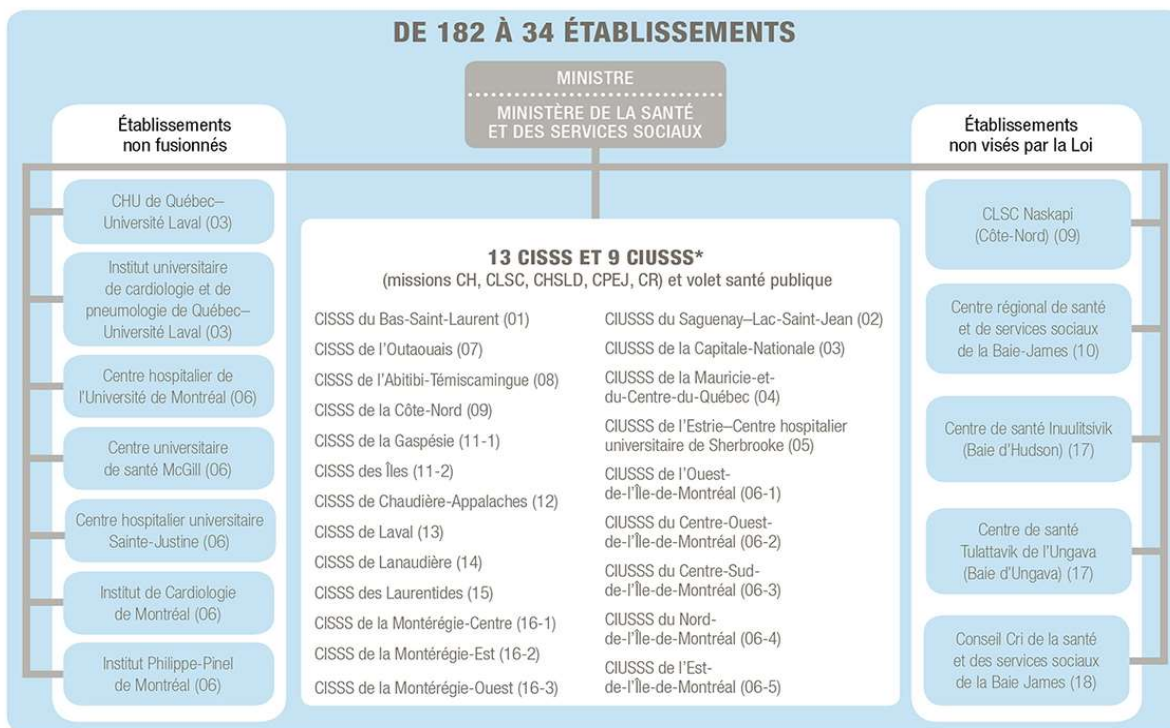
Ces démarches de réorganisations structurelles et organisationnelles visant à favoriser l'intégration des soins ont donné lieu à de nombreuses TdeS consistant en des continuums de soins pour des clientèles cibles. Ces continuums ont été développés et mis en œuvre au sein des divers programmes-services des CSSS. Les TdeS ou trajectoires cliniques correspondent à des outils de gestion clinique permettant aux professionnels de la santé de définir les processus assurant la prise en charge de patients présentant des conditions de santé particulière. Les TdeS contribuent à améliorer la qualité des soins en misant notamment sur la standardisation des processus, la diminution des variations de pratiques, la collaboration interdisciplinaire et l'intégration des soins de nature verticale et horizontale entre les divers niveaux de soins et établissements (Kitchiner, Davidson et Bundred, 1996). Elles offrent un levier pour l'amélioration des résultats cliniques tout en étant adaptées aux objectifs de soins des personnes et en tenant compte de l'ensemble de leurs situations (Beaulieu, 2013).

La deuxième vague de réformes a démarré en février 2015 avec l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (RLRQ chapitre 0-7.2)<sup>4</sup>. Elle s'est inscrite en continuité avec les précédentes réorganisations du réseau. L'approche axée sur les réseaux de services s'intensifie par la création de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de Centres intégrés Universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), issus de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics pour chaque région sociosanitaire. Cette loi « transforme l'organisation et la gouvernance du réseau par l'intégration régionale des système de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion ne comportant dorénavant que deux niveaux hiérarchiques » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015a, p. 1). Le changement qui s'opère par cette réforme est considéré comme une étape préalable à l'obtention des gains de performance recherchés par la loi, soit l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et la sécurité des soins et de l'efficience et de l'efficacité de l'ensemble du réseau. L'intégration demeure le principe majeur à la base de ces transformations (figure 2).

---

<sup>4</sup> Projet de loi 10. « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux » notamment par l'abolition des agences régionales. Chapitre S-4.2. Présenté le 25 septembre, 2014 par M. Gaétan Barrette, Ministre de la santé et des services sociaux. Assemblée nationale. Sanctionné le 9 février 2015. Éditeur officiel du Québec. 2015.

Figure 2. Organisation du réseau au 1er avril 2015



\* Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans lesquelles on trouve les 9 CIUSSS (5 dans la région de Montréal, 1 dans la région de la Capitale-Nationale, 1 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1 dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et 1 dans la région de l'Estrie).

En somme, les efforts d'intégration des soins et des services se sont matérialisés à divers niveaux dans le système de santé : au niveau macroscopique par la réorganisation des structures (p.ex. fusion), au niveau mésoscopique (organisationnelle) par le développement de programmes-services et au niveau microscopique (clinique) par la mise en œuvre de TdeS pour des clientèles cibles et pour lesquelles les infirmières sont particulièrement impliquées.

### 1.3. Buts, questions et hypothèses de recherche

Le but visé par cette étude est de comprendre les processus de transformation de la pratique clinique chez les infirmières à la faveur des initiatives d'intégration des soins et services et d'examiner l'impact de ces processus sur le bien-être au travail des infirmières. L'étude est organisée en trois volets.

**Le premier volet** vise à décrire les pratiques infirmières dans le contexte d'intégration des soins au Québec. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Déterminer dans quelle mesure les interventions infirmières, dans un contexte de mise en œuvre de trajectoires de soins, convergent vers les exigences d'une plus grande intégration des soins, au sein d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS).
- Déterminer dans quelle mesure la pratique infirmière reflète des étapes similaires ou différentes en termes d'avancement du processus d'intégration, selon différentes trajectoires de soins.

**Le deuxième volet** de cette étude vise à analyser la relation entre les processus de changement sous-jacents aux efforts d'intégration des soins et le bien-être au travail des infirmières en prenant en compte les perceptions qu'elles ont de ces processus. Trois questions de recherche ont été examinées :

- Quelle est la relation entre le niveau d'intégration des soins et les perceptions des infirmières de ces processus ?

- Quelle est la relation entre le niveau d'intégration des soins et le bien-être au travail des infirmières ?
  - ✓ Un niveau plus avancé d'intégration des soins est-il associé à une diminution du stress négatif des infirmières au travail ?
  - ✓ Un niveau plus avancé d'intégration des soins est-il associé à une augmentation du stress positif des infirmières au travail ?
  - ✓ Un niveau plus avancé d'intégration des soins est-il associé à une augmentation de la satisfaction des infirmières au travail ?
- La relation entre le niveau d'intégration des soins et le bien-être au travail est-elle influencée par les perceptions infirmières de ces processus ?

**Le troisième volet** de cette étude vise à identifier les principaux leviers que peuvent mobiliser les organisations, tant sur le plan de gestion que sur le plan de la clinique, afin de soutenir la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins au sein d'un CSSS au Québec. De manière spécifique, deux objectifs sont visés :

- Identifier, à la lumière de l'expérience des principales parties prenantes, les facteurs qui soutiennent le développement de la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins.
- Identifier, à la lumière de l'expérience des principales parties prenantes, les facteurs qui posent des obstacles au développement de la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins.

## **CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS**

La recension des écrits est organisée en trois sections. La première présente les fondements du concept d'intégration. La deuxième examine les effets associés aux processus d'intégration des soins et services en termes 1) de résultats pour les patients et 2) de bien-être au travail des infirmières. La troisième présente les modèles ayant servi à construire le cadre de référence de l'étude et opérationnaliser les variables d'intérêts.

## **2.1. Fondements conceptuels de l'intégration**

L'intégration des soins et services représente un idéal poursuivi dans de nombreux pays afin de répondre aux multiples défis relatifs au système de santé (Béland, 2010; Lamarche, 2011; Leatt, Pink et Guerrière, 2000; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000a; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b). Le mot « intégration », dérivé du latin « *integrare* », est généralement défini comme étant « l'action d'intégrer ou le fait pour quelqu'un, un groupe de s'intégrer à, dans quelque chose » (Larousse, 2016). De nombreuses disciplines, au fil des années, se sont intéressées à ce concept et le conçoivent différemment selon les objectifs poursuivis. Dans le domaine de la pédagogie, l'intégration consiste, pour l'apprenant, à articuler différents acquis (des connaissances particulières, des concepts, des savoir-faire, des règles, des procédures) en vue de les mobiliser de façon dynamique et en interdépendance en présence de situations concrètes (Roegiers, 2004). En astronautique, cette notion fait référence à « l'assemblage des différentes parties constitutives d'un système, en veillant à leur compatibilité et au bon fonctionnement du système complet » (Larousse, 2016). Pour la sociologie, l'intégration vise à développer la coordination des diverses fractions de l'ensemble du système social afin d'en assurer son bon fonctionnement. Le degré de cohésion sociale caractérise une société intégrée (Parsons, 1971). Récemment, les sciences



administratives de la santé et la gestion ont largement appliqué le concept d'intégration au domaine des soins de santé. À cet égard, les innombrables définitions et applications de ce concept qui sont répertoriées au niveau international font généralement référence à la recherche d'une cohérence entre des systèmes de gouverne, des valeurs et la clinique ainsi qu'une meilleure coordination entre divers acteurs (et organisations) interdépendants dans le but d'améliorer l'offre de soins de services (Medina, Contandriopoulos, Hartz et de Araujo, 2005; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen et Wistow, 2003).

La recension des écrits a mis en lumière diverses perspectives du processus d'intégration des soins. L'intégration peut être envisagée en fonction de ses finalités poursuivies. Pour d'autres, l'intégration est envisagée en fonction de l'intensité d'association entre les composantes à intégrer. Ces perspectives sont discutées dans les sections suivantes.

### **2.1.1. Intégration selon les finalités poursuivies**

Les TdeS aspirent à répondre à trois finalités majeures. Il peut s'agir de mettre en œuvre des structures organisationnelles plus efficaces, optimiser les mécanismes de production des soins et/ou accroître la cohérence des pratiques de gouvernance (Fleury et Ouadahi, 2002).

**Mettre en œuvre des structures organisationnelles plus efficaces** : Les réformes des systèmes de santé ont souvent misé sur les changements de structures, entre autres par des mécanismes de fusion, ceci afin d'assurer une meilleure intégration des soins et services (Lamothe, 2002; Turgeon, Anctil et Gauthier, 2005).

Trois principales modalités d'intégration ont été répertoriées : verticale, horizontale ou virtuelle (Conrad et Shortell, 1996). *L'intégration verticale* correspond à un système hiérarchique de distribution des services dans lequel une même organisation dispense et coordonne (sous une même gouverne) une gamme de services interdépendants (ayant des missions diverses) à différents niveaux de la chaîne de production (Howard, Howard, Fassbender, McCaffrey et Thornley, 2000; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b). Le mode d'organisation des services, issu de la réforme de la santé en 2003, qui a consisté à créer des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) par le regroupement des centres hospitaliers (CH), des centres locaux de santé communautaire (CLSC) et des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) au Québec, en est un exemple (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). Cette forme d'intégration permet l'établissement de TdeS entre les divers niveaux de la chaîne de production. Elle implique la consolidation de mécanismes de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelles, ce qui favorise l'articulation d'une réponse intégrée aux besoins, permettant d'éliminer les « silos » et de réduire la fragmentation et la discontinuité des services (Leatt, 2002b). *L'intégration horizontale* correspond plutôt à un système coordonné de services qui s'appuie sur des structures qui sont à un même palier de la chaîne de production ou de soins (même secteur d'activités ou de mission) dans le but d'atteindre des rendements d'échelle (Leatt, 2002a). La fusion des hôpitaux ayant une vocation similaire ou encore la standardisation des pratiques offertes par des CLSC d'un même territoire en sont des exemples. *L'intégration virtuelle* réfère, pour sa part, à un arrangement selon lequel des organisations structurellement indépendantes se regroupent en réseaux et coordonnent leurs actions afin d'offrir des services diversifiés et continus sans

nécessairement se doter d'une gouverne commune (Aucoin, 2004; Aucoin, 2005; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b).

Toutefois, plusieurs travaux indiquent que des changements exclusivement structurels n'impliquent pas forcément des modifications dans les processus organisationnels et, le plus souvent, ne se traduisent pas par des changements importants dans les pratiques organisationnelles ou professionnelles (Denis, 2002) ou la performance des organisations (Lamarche, 2011; Rousseau et Cazale, 2007; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Michell, 2000). Plusieurs études ont aussi montré que certaines expériences de fusion entre établissements ont eu pour effets de démobiliser le personnel, provoquer un choc des valeurs, déstabiliser les expertises acquises et, en fin de compte, contribuer à une réduction plutôt qu'à une augmentation de la performance dans les établissements fusionnés (Bourque, 2004; Richard, 2005; Rousseau et Cazale, 2007). Ces limites expliquent en partie ce qui rend les fusions ou les démarches d'intégration des structures politiquement impopulaires (Rousseau et Cazale, 2007).

**Optimiser les mécanismes de production des soins** : Cette finalité consiste à la mise en place de modalités favorisant la prise en charge globale des patients (Cazale, Touati et Fleury, 2007). Selon Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez (2001), elle se reflète principalement via un système clinique, composé de l'intégration des soins, l'intégration des équipes cliniques et l'intégration normative. Ces diverses formes d'intégration centrées sur les professionnels et leurs pratiques misent sur un ensemble de mécanismes qui touchent la circulation optimale de l'information entre les acteurs, les modes d'organisation du travail, les processus de socialisation et de régulation des professionnels, le suivi de la qualité

(Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Elles consistent à dispenser des soins coordonnés et articulés entre les professionnels concernés en fonction des problèmes de santé et des besoins des personnes et à s'assurer que les services fournis par différents professionnels partenaires, dans différents lieux, soient reliés entre eux (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). La pratique collaborative qui en découle fait référence à la mise en commun des compétences des différents prestataires de soins et fait appel aux notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité (Glendinning, 2003). Ces notions rejoignent de près « l'intégration médicale » identifiée dans les écrits de Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell (2000b). Ce type d'intégration s'actualise dans la mesure où les médecins et les systèmes de prestation organisés auxquels ils sont associés s'accordent sur les buts et les objectifs du système et travaillent ensemble pour atteindre des objectifs mutuellement partagés. Ces auteurs présentent aussi « l'intégration clinique » et la définissent comme la dispensation de services de soins aux patients qui soient coordonnés entre les personnes, les fonctions, les activités et les lieux au cours du temps afin de maximiser la valeur des services fournis aux patients. *L'intégration normative* fait référence au développement d'une vision partagée et d'une compréhension mutuelle de l'organisation des services entre les acteurs (Cazale, Touati et Fleury, 2007). Elle vise à s'assurer qu'il y a cohérence entre les valeurs du système et celles des acteurs et que les modalités d'organisation et de régulation du système de soins se reflètent effectivement dans les pratiques (Contandriopoulos, Pouvourville, Poullier et Contandriopoulos, 2000).

**Accroître la cohérence des pratiques de gouvernance :** Cette finalité est souvent examinée dans les écrits en termes d'intégration fonctionnelle ou administrative et fait référence

aux conditions incitant les acteurs à coopérer et coordonner leurs services afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients (Cazale, Touati et Fleury, 2007 ; Contandriopoulos, 2008). Elle fait ainsi appel à des fonctions de soutien à la coordination des activités, touchant un vaste ensemble de systèmes: système de gestion (ensemble des règles qui définissent comment les ressources, le pouvoir, les responsabilités et les fonctions sont distribués), système de financement (incitations économiques), système d'information (mode de transmission de l'information et de communication, technologie), système de gestion des ressources humaines (dotation, compétences), ainsi que le système normatif de représentation de valeurs et de principes (Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez, 2001; Rico, Saltman et Boerma, 2003). Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell (2000b) précisent que ces principales fonctions et activités de soutien sont coordonnées entre les unités opérationnelles pour ajouter une plus grande valeur globale au système.

La démobilisation des ressources humaines, l'absence de soutien financier et/ou l'octroi de ressources limitées, tout comme le manque de confiance, de vision claire du projet, de leadership, de formation requise à l'accomplissement des rôles et d'engagement des acteurs, ont été identifiés comme autant de facteurs susceptibles de compromettre la réalisation de cette intégration fonctionnelle (Arthur, Suskin, Bayley et al, 2010; Bratcher et Bello, 2011; Burns et Pauly, 2002; Minott, Helms, Luft, Guterman et Weil, 2010). Dans une vaste recension des écrits, Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard (2007) ont relevé divers obstacles à la création de cette capacité de gouvernance: l'absence d'infrastructures informationnelles, l'absence de structures servant à l'établissement de guides de pratique et de protocoles pouvant être adoptés dans divers contextes cliniques, un manque de couverture des services

multidisciplinaires et d'organisation relative à la gestion des maladies chroniques en première ligne ou encore un manque de culture d'évaluation de la performance et de la rétroaction favorisant la qualité des soins.

### **2.1.2. Intégration selon l'intensité d'association entre les composantes intégrées**

Selon les besoins de la clientèle, divers niveaux d'intensité d'intégration entre les professionnels ou les milieux sont requis, donnant lieu à quatre formes distinctes d'associations : la coopération, la collaboration, la coordination et l'intégration. *La coopération* représente le degré d'intégration le moins élevé. Il consiste en un processus par lequel des organisations qui conservent leur autonomie respective s'arriment entre elles afin d'obtenir des bénéfices mutuels et la réalisation de leur propres objectifs (Smith, Carroll et Ashford, 1995). Elle implique aussi un certain partage des valeurs, une adhésion à une philosophie d'intervention commune, un partage des domaines de compétences respectifs et une coordination des tâches entre les divers acteurs (Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez, 2001). *La collaboration* ajoute une obligation contractuelle au mécanisme de coopération et une structure formelle de contrôle (Ring et Ven, 1994). Elle est associée à l'établissement de finalités communes et de règles consensuelles. *La coordination* implique que les décisions et les actions soient prises collectivement afin de répondre à des objectifs communs (Béland, Bergman, Lebel et Hummel, 2007). Dans le domaine des organisations, Alter et Hage (1993), relevé par Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez (2001), ont identifié trois types de coordination : la coordination séquentielle, la coordination réciproque et la coordination sélective. La coordination séquentielle réfère à des situations d'intégration organisationnelle où un patient rencontre

successivement des professionnels dans diverses organisations pour des problèmes de santé circonscrits qui requièrent, de ce fait, peu de relations entre les professionnels. Cette coordination assure toutefois l'accès à l'expertise requise. Lorsque le patient doit être traité simultanément par plusieurs professionnels en interdépendance pour des situations de santé demeurant bien circonscrites, il devient son propre agent de coordination, et l'on parle alors de coordination réciproque. La coordination collective a lieu dans des situations où une équipe de professionnels assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients qui présentent une condition de santé complexe nécessitant une forte interdépendance entre les professionnels. *L'intégration des soins*, dans sa version la plus achevée, correspond à un alignement des processus d'offre de soins, de gestion et de mécanismes de financement en vue d'atteindre des objectifs tant socio-sanitaires, administratifs que financiers (Commission de restructuration des services de santé, 1997). Elle se traduit par une vision partagée, des priorités et normes de rendement communes, un partage de connaissances des besoins de services requis, l'utilisation d'instruments de gestion communs (système d'informations commun, appréciation de la qualité et rémunération) et une capacité à développer et établir des relations interorganisationnelles dans un territoire donné (Béland, Bergman, Lebel et Hummel, 2007; Leatt, Pink et Guerriere, 2000). En somme, la modalité intégrative qui consiste à mettre en œuvre des TdeS fait référence à une cohérence entre des systèmes de gouvernance, des valeurs et la clinique afin de favoriser une meilleure coordination entre divers acteurs (et organisations) interdépendants afin d'améliorer l'offre de soins de services (Medina, Contandropoulos, Hartz et de Araujo, 2005; Mur-Veeman, Hardy, Steebergen et Wistow, 2003).

En conclusion, la présentation de ces diverses perspectives de l'intégration soulève la complexité de cette notion et de ses innombrables applications. Bien que ce concept ait fait l'objet de nombreux écrits cliniques et scientifiques et qu'il constitue une assise majeure aux différents projets de réforme du système de santé, il demeure difficilement saisissable (Howarth et Haig, 2007). Il n'existe pas de perspective unifiée sur ce qu'est l'intégration, sur les façons de la mettre en œuvre et sur sa finalité. Malgré toute sa complexité, une meilleure intégration dans les soins et les services constitue une approche privilégiée dans les organisations pour répondre efficacement aux défis auxquels elles sont confrontées. Les diversités conceptuelles et opérationnelles de l'intégration des soins offrent des perspectives d'analyse qui, utilisées de façon complémentaire, peuvent contribuer à approfondir la compréhension des processus d'intégration s'actualisant lors de la mise en œuvre des TdeS.

## **2.2. Intégration et ses « effets »**

Selon Cazale, Touati et Fleury (2007), les répercussions de l'intégration des soins peuvent être évaluées en termes d'« effets » sur les pratiques cliniques et en termes d'« effets » sur la clientèle. Ces effets ultimes peuvent également concerner le personnel qui dispense les soins.

### **2.2.1. Les effets, chez la clientèle**

Plusieurs analyses portant sur des expérimentations de projets d'intégration au Québec et ailleurs dans les pays industrialisés ont démontré que ces projets sont associés à divers effets



en termes d'efficience, de qualité, de continuité, d'accessibilité, d'amélioration de certains résultats cliniques et de satisfaction de la clientèle.

Leatt (2002), a résumé les principales leçons tirées de 41 études financées par le Fonds Canadien pour l'adaptation des services de santé (FASS) portant sur la prestation des services intégrés. Les conclusions soutiennent globalement que les projets d'intégration clinique utilisant des outils et des processus uniformisés permettent d'assurer une meilleure continuité des soins lorsque les patients sont dirigés vers différents services. L'existence de structures multidisciplinaires facilite l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles uniformes et contribue à améliorer les résultats pour les patients sans pour autant augmenter les coûts. La coordination de l'information, le dossier électronique et la présence d'un seul point d'entrée dans le réseau de la santé pour des clientèles cibles facilitent les processus cliniques, permettent aux patients de recevoir les soins voulus au bon moment et au bon endroit, diminuent les admissions dans les hôpitaux de soins non actifs et améliorent les orientations vers les soins à domicile. Certaines études soutiennent cependant que ces facteurs n'ont pas d'impact sur la diminution de consultations aux urgences ou encore sur le nombre d'admissions dans des hôpitaux de soins actifs. Les ententes de partenariat entre divers établissements ont une incidence positive sur l'intégration des services et les résultats en ce qui concerne la santé des patients. Selon Leatt (2002b), les conclusions générales des études laissent croire qu'il est possible de réaliser des économies et de gagner en efficacité grâce aux principes sous-jacents des mécanismes d'intégration des soins et services.

Singh et Ham (2006), pour leur part, ont démontré à partir d'une analyse de 34 revues systématiques et de 103 études randomisées que des mécanismes d'intégration des soins, tels que le développement d'outils de communication interdisciplinaire, structure de soins en continuum (p.ex. auprès des clientèles atteintes de diabète, d'asthme, de dépression, de troubles cardiaques, etc.) contribuent de façon générale à augmenter significativement la satisfaction de la clientèle et à réduire les coûts en santé comparativement à d'autres études qui n'ont pas réussi à établir des différences en lien avec ces critères de résultat (Singh, 2005). Ainsi, selon certaines investigations, le projet d'intégration n'a pas produit les effets escomptés sur l'utilisation des services de l'urgence, le nombre de jours d'hospitalisation et l'utilisation de médicaments. Les données ont plutôt fait état d'un recours accru aux visites médicales, d'un changement dans l'accessibilité aux services ou encore d'un simple déplacement des ressources sans économies réelles (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2005).

Ouwens, Hulscher, Hermens et al. (2009) ont mené une revue systématique incluant 31 études randomisées ou quasi randomisées et deux études de contrôle avant/après, s'intéressant aux effets de l'intégration des soins pour les patients atteints du cancer. Ces études portaient sur au moins un des trois principes sous-jacents à l'intégration des soins, soit : les soins centrés sur le patient, l'organisation des soins et les soins multidisciplinaires. Seize de ces études relatives aux effets d'interventions centrées sur le patient (p.ex. donner de l'information au patient, fournir de l'aide pour la prise de décisions, assurer le suivi des patients par les infirmières, soutenir les guichets d'accès, développer le programme de soins partagés) relèvent des résultats variés et parfois contradictoires quant aux critères de santé et de satisfaction. Ainsi, l'information donnée aux patients engendre généralement des effets positifs sur la santé, mais

non sur la satisfaction ; l'aide à la décision augmente la satisfaction de la clientèle mais n'a pas d'effets positifs sur les résultats de santé ; le suivi de la clientèle fait état des effets positifs sur les résultats de l'intervention pour la moitié des études recensées mais ne signale pas d'effets positifs sur la satisfaction. L'organisation des soins par gestion de cas, guichets d'accès et programme de soins partagés ont révélé, en général, des effets positifs tant sur les résultats de santé que sur la satisfaction associée à l'intervention (Ouwens, Hulscher, Hermens et al. 2009).

En dépit des effets présumés des projets d'intégration, ces quelques exemples indiquent des divergences dans les résultats qui peuvent être liés à la complexité de l'évaluation des effets de l'intégration. Leatt (2002b) a identifié la difficulté de tirer des conclusions précises et concrètes des études, car les résultats peuvent être influencés par les types et méthodes d'études utilisés, la taille de l'échantillon, le degré de précision dans les définitions et les évaluations de l'intégration des soins, la culture en présence, les situations qui influencent la santé des populations, les types de maladies investiguées, etc. En somme, les défis de la généralisation des effets d'intégration viennent du fait que chaque étude porte sur des initiatives d'intégration unique, est hautement contextualisée, possède des objectifs d'évaluation propres et utilise des méthodes d'évaluation distinctes difficilement comparables d'une étude à l'autre.

### **2.2.2. Les effets, chez les infirmières**

Selon plusieurs travaux, des soins mieux intégrés ont le potentiel d'accroître la satisfaction des infirmières en fonction des nombreuses possibilités qui y sont associées et qui peuvent concourir à améliorer la qualité des soins. Un réseau de soins intégrés peut ainsi se

distinguer par des structures formelles de planification des soins, des mécanismes accrus de participation des infirmières aux prises de décisions, une pratique collaborative, le soutien au développement de compétences stratégiques tels le leadership, l'autonomie, autant d'éléments qui peuvent être sources de satisfaction pour les infirmières (Breton, 2009; D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007; Fillion et Saint-Laurent, 2003). Cependant, malgré ces promesses associées à l'intégration, le constat effectué au Québec est le suivant : les nombreuses restructurations du système de santé des dernières années ont plutôt contribué de façon importante à la diminution générale de la satisfaction au travail des infirmières et ont été associées à un taux d'absentéisme élevé et à une augmentation de l'incidence de la détresse psychologique des professionnels (Caris, 2001; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers et Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002; MacDonald-Rencz, Gupta et Shearer, 2007; Shields et Wilkins, 2006). Plus largement, les écrits indiquent que les changements organisationnels majeurs constituent des éléments de stress qui peuvent avoir un impact significatif sur le personnel. Les charges accrues de travail et les relations plus tendues qu'engendrent souvent les restructurations sont des facteurs qui peuvent affecter la qualité de vie et la satisfaction au travail des infirmières (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007; Cox, Griffiths et Rial-Gonzalez, 2000; Cox, Karanika-Murray, Griffiths, Wong et Hardy, 2009; OIT, 2016). L'étude de Cole et Houston, réalisée en 1999, avait démontré que la mise en place d'une gestion de cas (approche globale aux soins) dans une organisation provoque des réactions émotionnelles tant positives (gratifications) que négatives (frustrations) pour le personnel impliqué et ce, malgré les avantages reconnus de ce modèle de pratique pour la qualité des soins. Ces éventuelles répercussions, positives ou négatives, de l'intégration sur la santé des infirmières font écho aux travaux de Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore (2004) sur

l'impact des changements organisationnels qui peuvent donner lieu tant à des effets positifs (stress positifs et satisfaction accrue au travail) que « négatifs » (stress négatifs). Selon le modèle *Flexihealth*, issu des travaux de ces auteurs, la résultante de ces effets conditionne le niveau de bien-être au travail.

Le bien-être au travail reste cependant une notion diversement définie. Quatre grandes orientations peuvent s'en dégager, soit: 1) la satisfaction de la personne au travail (Zeffane, 1994), 2) une participation accrue des travailleurs dans leur milieu de travail et un plus grand contrôle sur leur environnement de travail (Havlovic, 1991), 3) la considération des besoins des employés de la part de l'entreprise (Kierman et Knutson, 1990) et 4) la présence d'une dynamique sociale du travail (Sashkin et Burke, 1987).

Au-delà des caractéristiques objectives du travail et de son contexte, plusieurs travaux s'intéressant au bien-être au travail mettent l'accent sur les perceptions individuelles et les réactions émotionnelles des travailleurs. Selon cette perspective, la façon dont une personne perçoit et évalue sa capacité à composer avec les exigences de son milieu agit en retour sur son comportement, sa performance, la perception de sa compétence ou de son efficacité personnelle. Un individu cherche d'emblée à déterminer dans quelle mesure une situation vécue est susceptible d'affecter son bien-être. À cet effet, ce processus peut générer trois types d'évaluation: 1) la situation est *non pertinente* (l'individu est indifférent à la situation), 2) la situation est *positive* (l'individu perçoit la situation comme souhaitable) et 3) la situation est *menaçante, nuisible* ou *stimulante* (Perrewé et Zellars, 1999; Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004).

Le modèle transactionnel du stress (Lazarus, 1993) s'inscrit dans cette perspective. Selon Lazarus et Folkman (1984), les exigences contraignantes ou excessives venues de l'environnement déclenchent un processus de stress parce qu'elles vont au-delà des ressources personnelles nécessaires pour faire face à de telles exigences. La façon dont un individu évalue une situation peut être plus importante pour son bien-être que la présence réelle de l'élément causant du stress (Lazarus et Folkman, 1984). Dans un contexte de changement, le stress est ainsi envisagé comme le processus dynamique d'évaluation à travers lequel un individu perçoit son environnement 1) comme potentiellement menaçant et susceptible d'affecter son bien-être et 2) vis-à-vis duquel il doute de pouvoir faire face efficacement (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). Jusqu'à présent, cette perspective n'a pas été suffisamment exploitée pour comprendre comment les exigences associées aux processus d'intégration sont vécues par le personnel de soins et affectent leur sentiment de bien-être.

En conclusion, une diversité d'approches qui mettent en lumière le caractère multidimensionnel de l'intégration permettent de guider et soutenir les initiatives de transformation du système de santé. Certaines limitations persistent relativement à l'instrumentation devant servir à mesurer l'implantation de mécanismes d'intégration des soins et leur impact effectif sur la transformation des pratiques cliniques et de gestion. Les connaissances doivent être consolidées quant à l'impact des processus d'intégration de soins en termes de résultats pour les patients. Il a été mis en évidence le trop peu d'attention accordée au intervenants et aux infirmières en particulier dans ces processus. Des lacunes persistent en ce qui concerne la compréhension du développement de leurs pratiques, leur perception en regard de ces processus de changement et l'effet de ces changements sur leur bien-être au travail.

### 2.3. Cadre de référence de l'étude

Le cadre de référence élaboré et utilisé pour cette étude est le *Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (MIDIS)*. Il s'appuie sur le cadre d'analyse des réseaux locaux qui montre les liens entre trois groupes de variables ; 1) des variables environnementales et de contexte, 2) le processus d'intégration des soins et les pratiques et 3) les effets de l'intégration (Cazale, Touati et Fleury, 2007). Trois modèles sont utilisés de façon complémentaire pour approfondir le cadre d'analyse des réseaux locaux, opérationnaliser chacun des groupes de variables et répondre ainsi aux trois volets de l'étude. Ces trois modèles complémentaires sont; 1) le « *Development Model for Integrated Care (DMIC)* (Minkman, 2011) qui permet d'opérationnaliser les processus et pratiques associés à l'intégration, 2) le modèle *Flexihealth* (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004) qui permet d'opérationnaliser les effets de l'intégration en termes de bien-être au travail des infirmières et 3) le modèle d'analyse stratégique de l'organisation (Collerette, Lauzier et Schneider, 2013) qui permet d'opérationnaliser les variables d'environnement et de contexte.

L'ensemble du modèle formulé, le *MIDIS*, touche non seulement les dynamiques reliées au processus d'intégration des soins, les facteurs qui peuvent influencer leur mise en œuvre dans les organisations mais aussi l'impact de tels changements sur le personnel. Les sous-sections suivantes présentent de manière plus détaillée chacun des modèles ayant servi à l'élaboration du *MIDIS*.

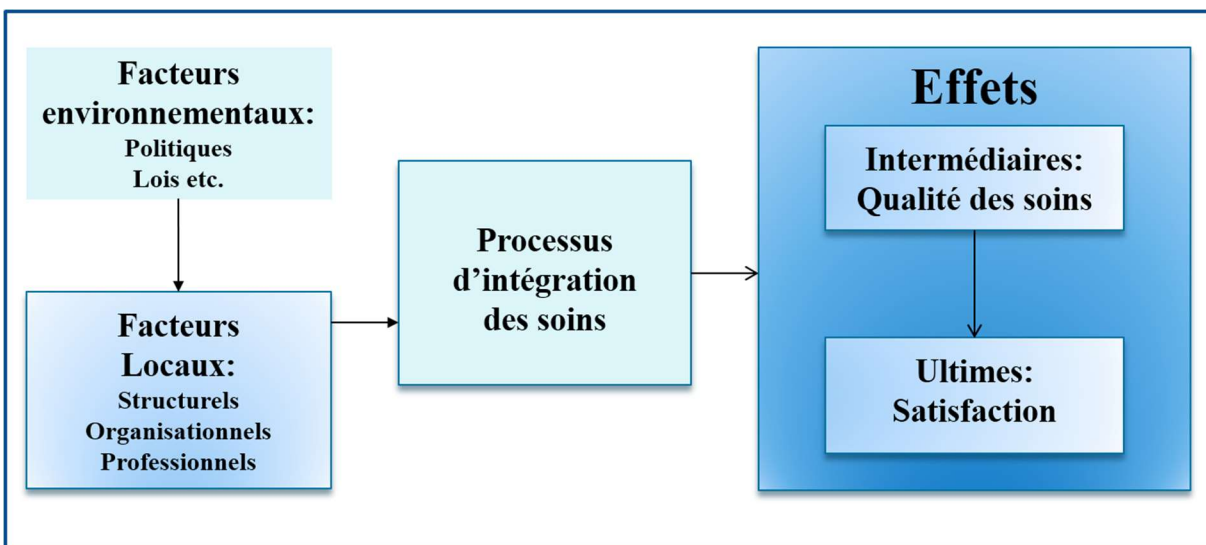
### **2.3.1. Modèle d'analyse des réseaux locaux**

Le cadre de référence de Cazale, Touati et Fleury (2007) porte sur la mise en œuvre des RSI, ses déterminants et ses effets (figure 3). Ce cadre a constitué la toile de fond qui a permis de soutenir les trois volets de cette étude. Il met en relation trois principaux types de variables : 1) des variables environnementales et contextuelles, 2) des variables processuelles et 3) des variables associées aux types d'effets des expériences d'intégration.

Ce cadre montre que des relations de coopération entre tous les acteurs se développent et perdurent grâce à la mobilisation de facteurs locaux, tant structurels (p.ex. changement dans les frontières), organisationnels (p.ex. modèles de pratique) que professionnels (p.ex. répartition de tâches, harmonisation des soins). Il suggère que le processus d'intégration est multidimensionnel et s'opérationnalise par l'intermédiaire des structures, des modes d'organisation, des pratiques cliniques, de la gouvernance, des valeurs et de la vision partagée. Finalement, le modèle propose que les processus d'intégration produisent divers types d'effets associés à la mise en œuvre : des effets intermédiaires liés à la qualité des soins, tels que l'accessibilité, la globalité, l'humanisation et l'habilitation des patients et de leurs proches et des effets ultimes associés à la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus (Cazale, Touati et Fleury, 2007). Dans cette étude, ces effets sont abordés non seulement sous l'angle des patients (p.ex. qualité des soins, satisfaction de la clientèle), mais aussi de façon novatrice, en prenant en compte le bien-être au travail des infirmières.



Figure 3. Analyse de la mise en œuvre des RSI (Cazale, Touati, Fleury, 2007)



### 2.3.2. The Development Model for Integrated Care (DMIC)

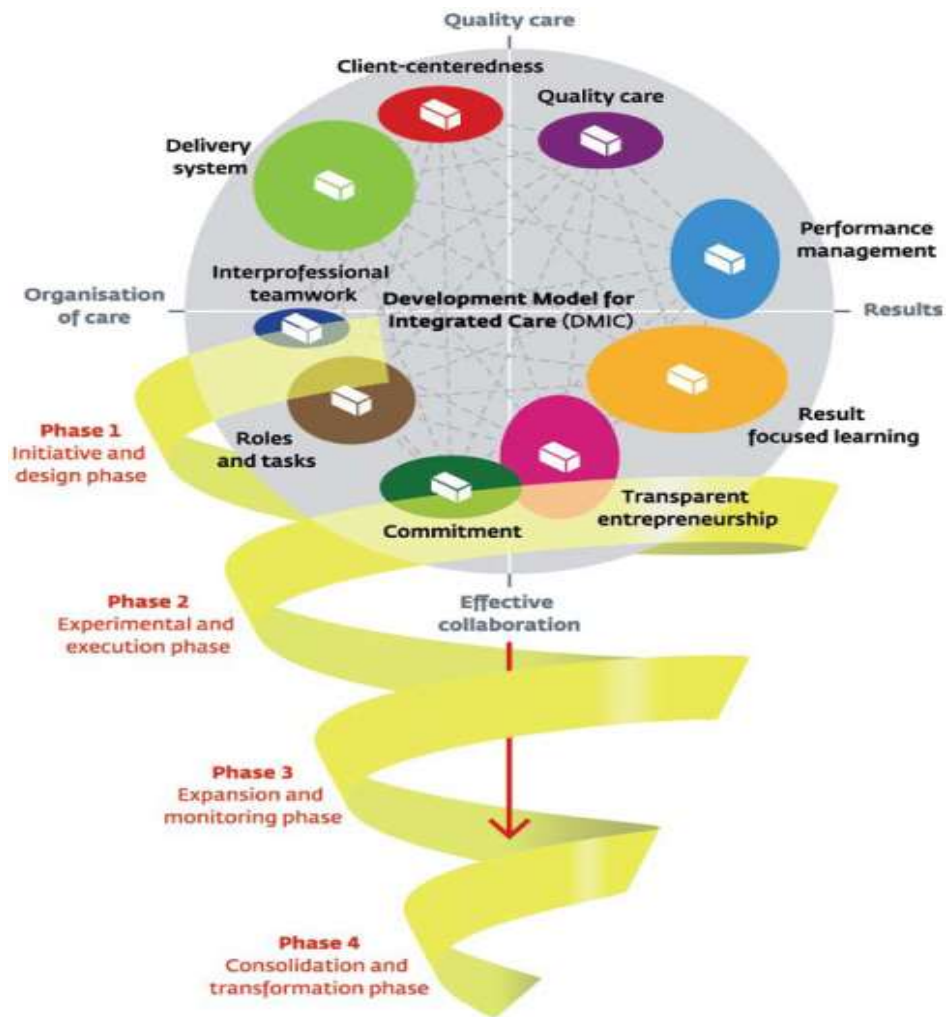
Ce modèle « *The Development Model for Integrated Care (DMIC)* » (Minkman, 2011) (figure 4) a été utilisé dans le but d’approfondir les variables associées aux processus d’intégration. Il offre une grille analytique pertinente permettant d’observer les pratiques dans un contexte d’intégration. Suivant le *DMIC*, une pratique clinique distinctive de l’intégration est associée à des activités qui s’opérationnalisent par le biais de 89 activités dite intégratives (*elements*), regroupées en neuf grandes dimensions (*clusters*): Soins centrés sur le client/famille, Système de prestation des soins, Gestion du rendement, Qualité des soins, Apprentissage axé sur les résultats, Travail en équipe interdisciplinaire, Rôles et responsabilités, Engagement professionnel et Entrepreneuriat transparent (annexe 1. Énoncés opérationnels, *elements and clusters*). Ces dimensions rejoignent de près les différentes formes que peut prendre le concept d’intégration présentées par Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001), ou encore

par Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell (2000) : Les dimensions Gestion du rendement, Entreprenariat transparent, Apprentissage axé sur les résultats, se rapprochent des notions d'intégration fonctionnelle ; les dimensions Travail en équipe interdisciplinaire, Rôles et responsabilités aux notions d'intégration de l'équipe clinique ou médicale ; les dimensions Qualité des soins et Engagement professionnel à la notion d'intégration normative; et les dimensions Système de prestation des soins, Soins centrés sur le client/famille aux notions d'intégration des soins ou clinique.

Un autre intérêt du modèle de Minkman (2011), est d'inscrire le processus d'intégration dans un schéma évolutif, avec d'éventuels changements dans le temps. Ce modèle présente quatre étapes (*phases*) ou niveaux d'avancement du processus d'intégration : I) Initiative et conception (*The initiative and desing phase*), II) Expérimentation et exécution (*The experimental and execution phase*), III) Développement et évaluation (*The expansion and monitoring phase*) et IV) Consolidation et transformation (*The consolidation and transformation phase*). Chacune de ces étapes est associée à des activités intégratives spécifiques (annexe 2. *A Four Phase Develpment Model for Integrated Care*) (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitiz et Huijman, 2009)

*Le DMIC* a été choisi pour évaluer les pratiques intégratives des infirmières et cela pour de nombreuses raisons. Ce modèle offre davantage de possibilités permettant la compréhension de l'intégration des soins, il s'applique à diverses clientèles et TdeS, il couvre divers aspects de la pratique infirmière et il contribue à la différenciation des étapes de développement du processus d'intégration à la lumière des changements dans la pratique.

Figure 4. Development Model for Integrated Care



L’outil d’analyse issu de ce modèle a pour avantages de faciliter la lecture et l’analyse de ce processus en fonction des objectifs à atteindre, de refléter visuellement la progression et les efforts réalisés et de caractériser chacune des étapes du développement de l’intégration. Il contribue à tenir compte du facteur temporel du développement de la pratique clinique et de comprendre comment l’objet de changement évolue à travers le temps dans l’organisation par l’intermédiaire de nouvelles pratiques (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009).

La validité du processus méthodologique menant à son élaboration a été démontrée (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitiz et Huijsman, 2009) ainsi que sa validité théorique (Minkman, 2011). Le développement du modèle *DMIC* s'est réalisé à l'aide de différentes méthodes: revue systématique d'écrits internationaux en lien avec le concept d'intégration, sessions d'analyses réalisées par 31 chercheurs experts menant à la convergence d'opinions quant aux activités intégratives, démarches *Delphi* et de *Concept Mapping*, processus de standardisation par des analyses statistiques multidimensionnelles (Minkman, 2011; Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitiz et Huijsman, 2009). Le modèle a été validé et utilisé en contexte européen à des fins évaluatives et descriptives dans une variété de contextes d'intégration tels qu'en services de traumatologie, cardiologie et neurologie (Minkman, Vermeulen, Ahaus et Huijsman, 2011). Cette étude offre l'occasion d'expérimenter ce modèle dans le contexte nord-américain et de contribuer ainsi à accroître sa validité.

### **2.3.3. Modèle théorique *Flexihealth* (2004)**

Le modèle théorique *Flexihealth* de Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004) quant à lui, offre une grille analytique permettant d'observer les effets des processus d'intégration sur le bien-être au travail du personnel. Il a été conçu de manière à permettre une analyse dynamique des situations de travail potentiellement génératrices de stress en situation de changement. Il permet de distinguer la nature des changements qui s'opèrent dans l'organisation, la façon dont ces changements sont perçus et vécus et les facteurs qui constituent ou non une source de bien-être au travail (figure 5).

Trois variables de ce modèle attirent notre attention. La première variable, qui constitue une variable indépendante (v.i), permet d'appréhender les conditions de travail qui correspondent aux changements organisationnels et professionnels auxquels le travailleur est confronté. Les changements sont déterminés par l'organisation et font référence, pour cette étude, aux changements associés au processus d'intégration des soins en développement. La deuxième variable d'intérêt consiste à la perception que le travailleur se fait de ces changements. La perception du changement est une variable accompagnant le changement, celui-ci pouvant être perçu comme étant contrôlable, menaçant ou stimulant et pouvant provoquer des réactions émotionnelles qui soient positives (sérénité, enthousiasme) ou négatives (stress, déstabilisation, impuissance, colère). La troisième variable correspond aux variables caractérisant le bien-être au travail (variable dépendante, v.d.), qui s'opérationnalise par l'intermédiaire du stress négatif (-), du stress positif (+) (ou stimulation positive par le travail) et de la satisfaction au travail. Le stress (-), dit malsain ou nuisible (*detresse*), provient d'une activation de l'organisme visant à tenter de s'adapter à une situation perçue comme une menace. Il survient quand l'individu évalue que les efforts d'adaptation requis par son environnement excèdent ses capacités et mettent en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984). Le stress (+), ou sain (*eustress*) correspond à une activation de l'organisme face à une situation perçue, cette fois, comme un défi. Ce stress est une forme de stimulation positive par le travail. La satisfaction au travail peut se manifester de diverses façons : globale, envers l'organisation, envers le travail, ou encore envers certains aspects du travail tels que la rémunération, les collègues, etc. Elle est souvent considérée comme le résultat de l'évaluation qu'une personne effectue en lien avec son travail. Ainsi, une évaluation positive ou une réactivité émotionnelle positive associée au travail auront pour conséquence de procurer une certaine satisfaction au travail en fonction des expériences

de travail et des attentes de la personne (Igalens, 1999). Le processus d'élaboration de ce modèle a suivi des étapes méthodologiques rigoureuses en divers temps et selon une population nombreuse et diversifiée permettant de confirmer de sa validité de construit (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004).

Figure 5. Bien-être au travail inspiré du modèle *Flexihealth* (2004)



#### 2.3.4. Modèle d'analyse stratégique de l'organisation

Le modèle d'analyse stratégique de l'organisation de Collerette, Lauzier et Schneider (2013) offre une grille analytique pertinente qui sera utilisée pour examiner les facteurs environnementaux et les facteurs locaux influençant le processus d'intégration dans les organisations. Fondé sur les travaux de recherche de Lawrence et Lorsch (1989), le modèle d'analyse de l'architecture des organisations élaboré depuis 1980 par Robert Schneider et Pierre Collerette (à la base du modèle d'analyse stratégique) démontre que l'architecture d'une organisation (ensemble des structures et mécanismes formels de coordination et de décision présents dans une organisation pour assurer son fonctionnement) est largement tributaire des caractéristiques de son environnement (Collerette et Turcotte, 2015). Ce modèle d'analyse a été développé avec la contribution de gestionnaires ayant l'expérience de changements complexes

et est fondé sur des revues d'écrits, l'observation et des interventions dans de nombreuses organisations au Québec (Collerette, Lauzier et Schneider, 2013). Les résultats de nombreux travaux de recherche ont contribué à la validation de plusieurs aspects du modèle. Ainsi, Beckhard et Harris (1987) ont démontré l'effet des facteurs environnementaux sur la résistance aux changements des employés et les processus associés aux étapes du changement organisationnel. Collins et Porras (1994) ont démontré que pour atteindre les buts fixés et survivre, les entreprises doivent suivre inévitablement les évolutions de l'environnement et s'y adapter.

Étant donné que ce modèle s'intéresse à l'interaction entre l'environnement et l'organisation, il a été utilisé à des fins de planification stratégique. Il a d'ailleurs servi à l'élaboration d'un outil de planification stratégique propre aux commissions scolaires du Québec (Collerette et Turcotte, 2008). Ce modèle est souvent employé comme guide méthodologique puisqu'il est associé à des instruments d'évaluation systémiques de l'organisation (instrument d'évaluation de la conjoncture externe, instrument d'évaluation de la capacité de réponse de l'organisation, etc.) qui permettent d'élaborer des scénarios de changement.

Inspiré par de plus récentes connaissances scientifiques dans le domaine de la gestion du changement et des expériences des auteurs sur le terrain, ce modèle d'analyse cherche à enrichir l'éventail des stratégies possibles du changement à déployer dans les organisations, selon le contexte et les facteurs d'influence. Pour ce faire, ce modèle s'inscrit dans une perspective systémique et se base sur la théorie des systèmes (Bertalanffy, 1973). La théorie des systèmes,

bien connue dans le domaine de la gestion depuis les années 60, soutient que les organisations doivent s'adapter à leur environnement et être en équilibre avec les pressions exercées par celui-ci afin de répondre effectivement et de façon continue aux caractéristiques, exigences ou pressions que pose son environnement (conjoncture externe) et d'intégrer les changements souhaités. Autrement, elles s'exposent à des difficultés (Graetz et Smith, 2010). Les organisations en santé sont préoccupées par leurs pratiques tant organisationnelles que professionnelles, ainsi que par leur performance auprès de la clientèle (Childress, Elmore et Grossman, 2006). En s'appuyant sur la théorie des systèmes, ce modèle met l'accent sur des facteurs qui se situent sur deux plans.

Le premier plan représente la conjoncture externe. Cette conjoncture touche un ensemble de facteurs externes ou environnementaux qui exercent une influence significative sur l'évolution et la dynamique de l'organisation selon leur proximité et niveaux d'interaction. Ainsi, des facteurs situés près de la frontière de l'organisation avec lesquels l'organisation est en interaction constante et continue (p.ex. les clientèles, le marché de la main d'œuvre, les fournisseurs, les partenaires), des facteurs avec lesquels l'organisation est en interaction de façon occasionnelle et qui exercent une pression continue sur l'évolution et le fonctionnement de l'organisation (p.ex. les groupes de pression, la législation et la réglementation, les associations professionnelles) ou, encore, des facteurs qui, bien qu'étant distants de l'organisation, contribuent à déterminer le sens de son orientation et de son fonctionnement (p.ex. le contexte économique, les politiques) (Collerette, Lauzier et Schneider, 2013).

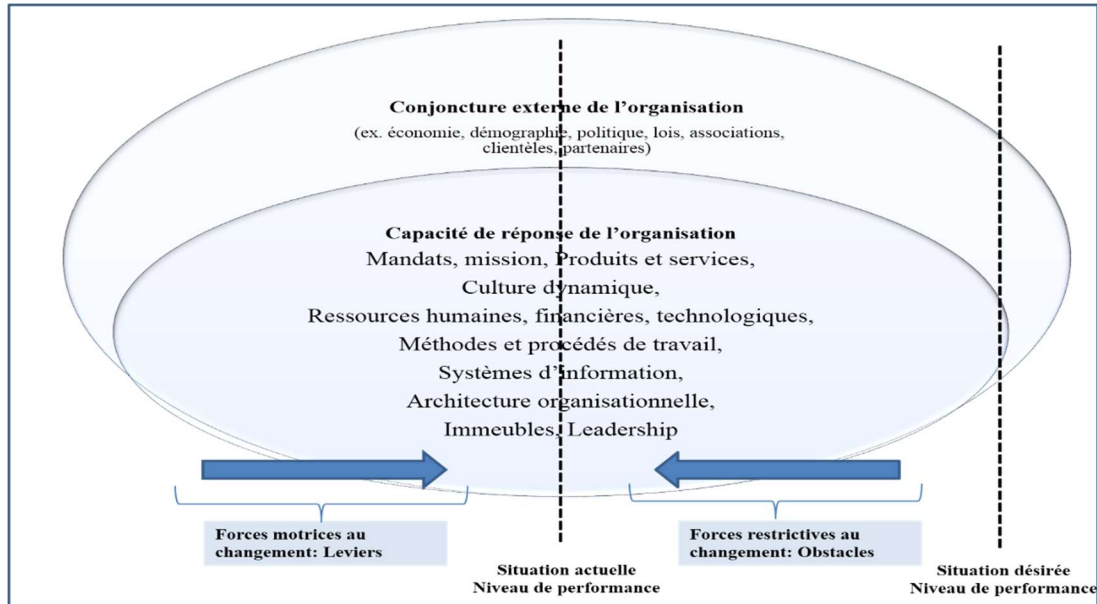


Le deuxième plan met l'accent sur la qualité de la réponse de l'organisation par rapport aux caractéristiques de sa clientèle et à l'environnement dans lequel elle évolue. Ce plan fait référence à la qualité de ses ressources, telles que la qualification de la main-d'œuvre, le financement, les espaces de travail, le mandat et la mission, les processus organisationnels, la recherche et le développement, l'expertise, la technologie, la culture dynamique, les procédés de travail, le leadership, l'implication du personnel, etc. La qualité de ces ressources détermine la capacité de l'organisation à s'adapter aux défis de la conjoncture externe et à atteindre un niveau de performance souhaité (inspiré des travaux de Lawrence et Lorsch, 1989, relevé par Colletette, Lauzier et Schneider, 2013) (figure 6).

L'analyse de la capacité de réponse se fonde sur « la théorie des champs de force » (Lewin, 1951), selon laquelle une situation sociale (définie comme dynamique) se caractérise par la résultante de l'effet combiné de multiples forces (éléments de la réalité) en état d'équilibre plus ou moins stable qui ont de l'influence sur une situation. Il peut s'agir de forces motrices ou leviers qui exercent une influence allant dans la direction du changement désiré, ou de forces restrictives ou contraignantes qui s'y opposent (Colletette, Delisle et Perron, 1997; Colletette, Lauzier et Schneider, 2013).

Les forces motrices peuvent se composer, par exemple, de disponibilités financières qui permettent d'assumer les coûts de transition, des réactions favorables de la part des leaders naturels, un soutien visible du supérieur immédiat, les compétences du personnel par rapport aux exigences du changement recherché, la disponibilité d'une technologie adaptée aux exigences du changement, des installations physiques propices aux solutions proposées, etc.

Figure 6. Analyse de la capacité de réponse de l'organisation



Cadre adapté de Collerette, Lauzier et Schneider, (2013).

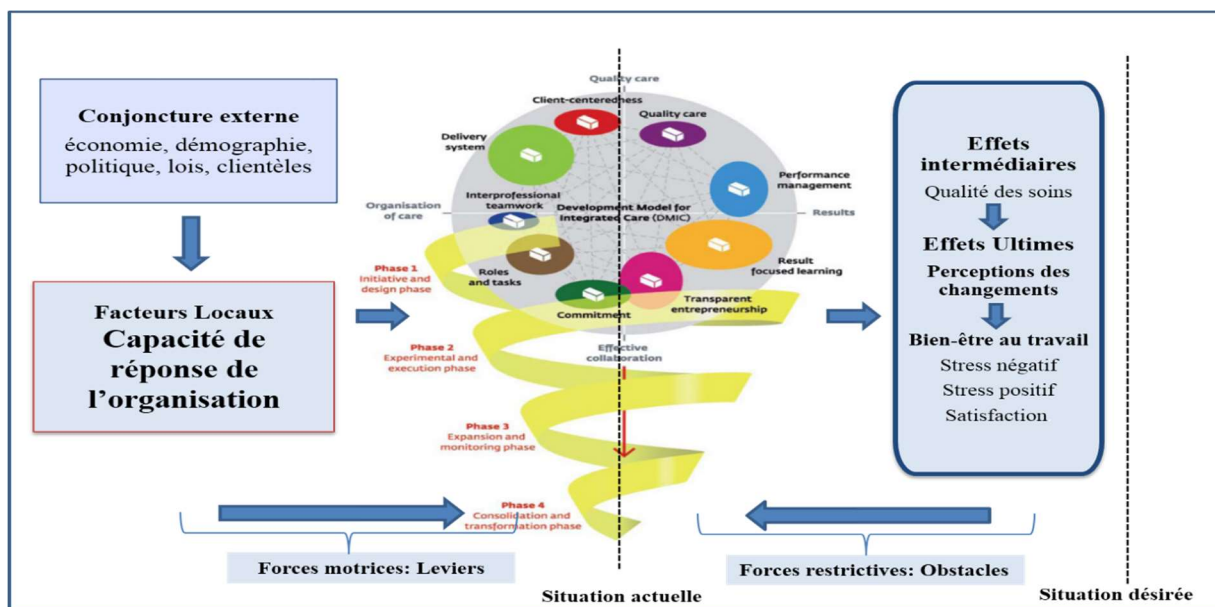
À l'opposé, des contraintes financières qui limitent la marge de manœuvre, des réactions négatives des leaders naturels, un faible soutien du supérieur immédiat, une formation inadéquate du personnel, le manque d'expertise, une technologie qui n'est pas adaptée au changement recherché etc., constituent des forces restrictives au changement.

L'analyse stratégique d'une organisation permet de déterminer son état de santé et de préciser les cibles les plus importantes sur lesquelles intervenir. Il peut s'agir d'obstacles identifiés à franchir ou de forces à mettre davantage de l'avant. Cette grille analytique sera utilisée afin d'examiner de manière systématique le contexte de l'intégration des soins et obtenir une image réaliste de la capacité de réponse de l'organisation et de l'écart entre la situation souhaitée par le changement (il s'agit ici d'une meilleure intégration dans les soins) et les situations existantes dans l'environnement.

### 2.3.5. Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (MIDIS)

En somme, le *MIDIS* (figure 7) résulte de la combinaison de trois modèles qui permettront de répondre aux questions et hypothèses associées aux trois volets de cette étude. De façon spécifique, le modèle de Minkman (2011) servira à répondre au premier objectif qui consiste à analyser les pratiques infirmières en contexte d'intégration et les niveaux d'intégration des TdeS étudiées. Les modèles de Minkman (2011), et de Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore (2004), permettront de répondre au deuxième objectif qui consiste à identifier les impacts du niveau d'intégration sur le bien-être au travail des infirmières. Le modèle de Collette, Lauzier et Schneider (2013), permettra de répondre au troisième objectif qui consiste à identifier les facteurs soutenant la pratique infirmière en contexte d'intégration.

Figure 7. Modèle infirmier du développement de l'intégration des soins (*MIDIS*)



*MIDIS*, cadre adapté de Cazale, Touati et Fleury, (2007), Minkman (2011) (trad.), Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004) ; Collette, Lauzier et Schneider (2013).

## **CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Ce chapitre présente la méthodologie de la recherche et couvrira successivement les aspects suivants : les approches de recherche privilégiées, le milieu, la population et les variables à l'étude, les méthodes et outils de collecte des données, les techniques d'analyses utilisées, les considérations éthiques et la validité de la démarche.

### **3.1. Approches de recherche**

#### **3.1.1. Position épistémologique**

Les données que l'on souhaite obtenir par cette recherche sont déterminées par une vision de la réalité qui est perçue ici comme un « construit qui résulte de l'expérience des acteurs sociaux » (Denzin et Lincoln, 2017). Cherchant à connaître la perception des répondants à l'étude, l'interprétation de la réalité est considérée comme étant subjective ; par ailleurs, selon cette perspective, le rôle du chercheur consiste à représenter au mieux la façon dont les acteurs perçoivent eux-mêmes la réalité (Lincoln et Guba, 1985). D'une position davantage interprétative se rapprochant d'une position constructiviste, on perçoit que les phénomènes sociaux sont interprétés différemment par chacun des acteurs, y compris par le chercheur lui-même (Lincoln et Guba, 1985). Par leurs pratiques en contexte d'intégration, nous pensons que les individus, les infirmières, créent le monde qui les entoure par leurs actions guidées par leurs finalités (Le Moigne, 1997). Ainsi, par opposition au déterminisme, les répondants sont « des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose « le système » disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres » (Crozier et Friedberg, 1977, 29-30).

### 3.1.2. Méthode mixte de recherche

Une méthode mixte de recherche a été privilégiée, consistant à intégrer des données de recherche provenant de sources quantitatives (*close-ended*) et qualitatives (*open-ended*) dans cette même étude (Creswell, 2014). Par une démarche hypothético-inductive, la relation entre la théorie et les observations empiriques consiste à alterner ou superposer la déduction et l'induction (Crozier et Frieberg, 1977; Miles et Huberman, 2003). Cette méthode a permis d'intégrer diverses perspectives pertinentes dans le contexte où la nature de la thématique de recherche s'avère complexe et où les questions et hypothèses de recherche posées sont difficilement explorables à l'aide d'une seule méthode (Anaf et Sheppard, 2007). L'ensemble des contributions de chacune des méthodes (favorisant l'obtention de données statistiques potentiellement généralisables dans des contextes similaires et l'approfondissement des expériences personnelles) et leur complémentarité ont contribué à une compréhension plus approfondie des questions et hypothèses de recherche (Creswell, 2014). Les trois volets de cette étude ont donné lieu à trois devis distincts de recherche.

**Premier volet** : L'analyse de la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins s'est appuyé sur un devis quantitatif descriptif. Il a permis d'identifier dans quelle mesure les interventions infirmières dans un contexte de mise en œuvre des TdeS au sein d'un CSSS convergent vers les exigences d'une plus grande intégration des soins. Ce devis a permis également de déterminer dans quelle mesure la pratique infirmière reflète des étapes similaires ou différentes en terme d'avancement du processus d'intégration des soins selon différentes TdeS (Fortin et Gagnon, 2016; Grove, Burns et Gray, 2013) (voir article 1).

**Deuxième volet** : L'analyse des effets du processus d'intégration des soins sur le bien-être au travail des infirmières s'est appuyée sur un devis quantitatif descriptif corrélationnel dans le but d'examiner les relations entre les processus de changement sous-jacents aux efforts d'intégration des soins et le bien-être au travail des infirmières (Fortin et Gagnon, 2016) (voir article 2).

**Troisième volet** : L'analyse des facteurs facilitant ou contraignant le développement d'une pratique infirmière suivant les objectifs d'intégration des soins s'est appuyé sur un devis qualitatif, étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 2014). Cette analyse vise à mieux comprendre les facteurs organisationnels et contextuels qui facilitent ou contraignent le développement de pratiques concourant à une plus grande intégration des soins. Par cette approche, une évaluation approfondie de l'organisation (un CSSS) et de ses pratiques professionnelles et organisationnelles a été effectuée à partir de la perception des répondants répartis entre quatre unités d'analyse (les TdeS) (voir article 3).

### **3.1.3. Approche séquentielle, quantitative-qualitative**

Une approche explicative séquentielle, telle que proposé par Creswell (2009), a été utilisée afin d'obtenir des réponses aux questions de recherche et vérifier les hypothèses posées (figure 8). Les devis quantitatifs ont été utilisés dans un premier temps dans le but de structurer l'analyse en s'appuyant sur plusieurs modèles conceptuels. Ils ont permis de dresser un tableau des pratiques actuelles et d'en examiner l'impact sur le personnel. Le devis qualitatif a été utilisé dans un deuxième temps afin d'enrichir l'analyse et approfondir la compréhension du contexte

dans lequel s'inscrivent les résultats obtenus à partir des données quantitatives et, ainsi, offrir le plus grand nombre possible d'explications sur les résultats obtenus précédemment (Creswell, 2009; Fortin et Gagnon, 2016; Morse, 2003).

Figure 8. Approche explicative séquentielle



### 3.2. Milieu à l'étude

Le milieu à l'étude est un Centre de santé et de services sociaux, un établissement public multi-vocationnel, situé dans une région de banlieue au Québec et qui offre des services à plus de 280 000 habitants (Statistiques, 2015). L'évolution démographique de cette région se caractérise, d'une part, par une explosion du taux de natalité (le groupe des 0-18 ans a connu une augmentation de 5 % entre 2001 et 2007, comparativement à une décroissance de 3 % pour le reste du Québec) et, d'autre part, par un phénomène de vieillissement (la population des 65 ans et plus s'est accrue de façon importante avec une hausse de 43 % comparativement à près de 15 % pour le reste du Québec). Ce CSSS s'est investi, depuis l'annonce de la réforme en 2004, dans l'élaboration et la mise en œuvre de modalités favorisant l'intégration des soins et des services offerts sur son territoire. Par le développement de son RLS, le CSSS coordonnait les services de deux CLSC, de quatre CHSLD, d'un CH de taille moyenne sans compter 200 partenaires, incluant les centres de réadaptation, les cliniques médicales, la maison de soins



palliatifs, les pharmacies, les milieux scolaires, les centres protection enfance-jeunesse (CPEJ), trois Groupes de médecines de famille (GMF). Les programmes-services en place au sein du CSSS, à l'instar des autres établissements du réseau de la santé et de services sociaux, désignent « un ensemble de services et d'activités reliés et organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes partageant une problématique commune » (Juhel et Anctil, 2004, p.2). Par ailleurs, dans chacun de ces programmes, des TdeS sont conceptualisées pour des clientèles cibles. Ce CSSS offrait ainsi un laboratoire pertinent aux fins de cette étude parce qu'il était représentatif de l'organisation récente des services au Québec et faisait la synthèse des défis que doivent relever les CSSS (et dorénavant les CISSS) au Québec.

Après rencontres et sollicitation dans le milieu à l'étude des cinq directions organisées en programmes-services CSSS (direction des programmes et services santé mentale adulte, direction des programmes et services de soutien à l'autonomie, direction des programmes et services généraux, de santé publique et de développement des communautés, direction des programmes et services de santé physique, direction des programmes et services Enfance-Jeunesse-Famille), seule la direction des programmes et services Enfance-Jeunesse-Famille n'a pas accepté de participer à l'étude à cause d'un manque de disponibilité (annexe 3. Lettre de sollicitation à l'intention des directeurs de programmes-services). Au sein de ces différents programmes-services, des TdeS répondant à des situations cliniques particulières et couvrant des services dispensés par différents établissements du CSSS ou du RLS (CH, CLSC, CHSLD, GMF) ont été identifiées. Au total, quatre TdeS ont été sélectionnées, soit : Maladies pulmonaires obstructives chroniques (*Mpoc*), Soutien à l'autonomie (*SoAu*),

Palliatifs/oncologiques (*PaOn*) et Santé mentale (*SaMa*). Trois principaux critères ont été utilisés pour guider cette sélection : 1) la présence d'une masse critique d'au moins 30 infirmières, 2) l'identification d'un ensemble de TdeS à différents niveaux d'avancement d'intégration (date de mise en œuvre, enjeux spécifiques) et 3) l'intérêt et la volonté des directions des programmes-services concernées de participer à l'étude. Le tableau II présente les milieux à l'étude composant les TdeS.

Tableau II. Milieux à l'étude

Trajectoires de soins	Milieux à l'étude
<i>SaMe</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unités de soins (CH x2)</li> <li>• Cliniques externes de psychiatrie, (CLSC x3)</li> <li>• Suivi intensif dans le milieu</li> <li>• Guichet d'accès</li> <li>• Urgence psychiatrique</li> </ul>
<i>SoAu</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)</li> <li>• Centre multi vocationnel (CMV)</li> <li>• Unité de gériatrie active (CH)</li> <li>• Soins à domicile (SAD, CLSC x2)</li> <li>• Guichet d'accès</li> </ul>
<i>PaOn</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil clinique pneumo + clinique santé du sein</li> <li>• Soins à domicile (SAD, CLSC)</li> <li>• Unité de soins palliatifs et médecine</li> <li>• Unité de soins oncologiques</li> <li>• Maison de soins palliatifs (semi-privée)</li> </ul>
<i>Mpoc</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de médecine de famille (GMF x2)</li> <li>• Unité de médecine (CH)</li> <li>• Soins à domicile (SAD, CLSC)</li> <li>• Clinique Arrêt Tabagique (CAT)</li> <li>• Clinique externe <i>Mpoc</i></li> </ul>

### 3.3. Population et échantillon

En ce qui concerne les deux premiers volets de l'étude, la population ciblée correspondait au personnel infirmier ayant une fonction clinique (infirmière auxiliaire, technicienne, clinicienne, conseillère, pivot, liaison, praticienne) ou une fonction de gestion (coordonnatrice, infirmière chef, assistante infirmière chef, direction, gestionnaire). Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants détenir un permis de pratique de son ordre professionnel, faire partie de l'une des TdeS sélectionnées et travailler à temps plein ou partiel, de jour ou de soir et depuis au moins six mois. Deux cents infirmières répondant à ces critères ont été identifiées et sollicitées pour participer à l'étude (*Mpoc*; n=35, *SoAu*; n=70, *PaOn*; n=40, *SaMe*; n=55). De ce nombre, 107 d'entre elles ont participé.

En ce qui concerne le troisième volet de l'étude, les participants ont été déterminés selon un échantillonnage par choix raisonné à variation maximale (Creswell, 2009). Cet échantillonnage s'est effectué à l'aide de recommandations des gestionnaires et directeurs du milieu en fonction des critères d'inclusion prédéterminés. L'échantillon visé avait pour but de s'assurer d'une représentativité théorique en démontrant l'étendue de la variation du phénomène à l'étude et d'en arriver ainsi à une saturation des données (Morse, 2000). Afin d'obtenir des données significatives, un nombre minimal de 7 (n=7) répondants par TdeS a été visé, pour un total de 28 participants. Au final, la représentation des répondants s'est présentée comme suit *SoAu* (n=7), *PaOn* (n=10), *SaMe* (n=9), *Mpoc* (n=9). Il s'agit d'infirmières de tous les titres d'emplois (auxiliaire, technicienne, clinicienne, pivot, praticienne, conseillère et gestionnaire), de professionnels et de gestionnaires (n= 31), de deux représentants de la direction (n=2) et de

quatre représentants gestionnaires ou administratifs ayant une vision globale sur les TdeS, soit un par TdeS (n=4). L'obtention de perspectives ainsi diversifiées (cliniques et administratives) avait pour objectif d'accroître la validité des résultats de l'étude et la compréhension des phénomènes étudiés (Miles et Huberman, 2003).

### **3.4. Définitions conceptuelles des variables à l'étude**

#### **3.4.1. Variables pour le premier volet de l'étude**

Deux variables ont été mesurées. 1) La première de ces variables réfère à la pratique des infirmières, celle-ci étant déterminée par les activités intégratives susceptibles d'assurer une plus grande intégration des soins et services. Ces activités ont été mesurées par le biais de neuf dimensions de la pratique proposées par Minkman (2011) : Soins centrés sur le client/famille, Système de prestation des soins, Gestion du rendement, Qualité des soins, Apprentissage axé sur les résultats, Travail en équipe interdisciplinaire, Rôles et responsabilités, Engagement et entrepreneuriat transparent (tableau III). 2) La seconde variable réfère au niveau d'intégration, déterminé par quatre étapes : I) Initiative et conception, II) Expérimentation et exécution, III) Développement et évaluation, IV) Consolidation et transformation (tableau IV). De plus, des données en regard des variables sociodémographiques, telles que l'âge, le sexe, la fonction (clinique, gestion), la formation (post-secondaire, universitaire), le lieu (CH, CLSC, CHSLD, soins palliatifs, GMF, cliniques externes) et le quart de travail (jour, soir, rotation) ont été collectées afin d'obtenir un profil général des répondants.

Tableau III. Neuf dimensions de la pratique

<b>Neuf dimensions de la pratique</b>
<b>Soins centrés sur le client/famille (C/F)</b> : Réfère à la prestation de soins individualisés et adaptés aux besoins du C/F et à l'échange d'informations concernant ces soins entre les partenaires de soins* et le C/F lui-même, sur l'ensemble de la TdeS.
<b>Système de prestation des soins</b> : Vise la logistique du continuum de soins pour le C/F, les mécanismes de coordination et les procédures visant à optimiser l'ensemble des soins, l'atteinte de consensus et d'ententes nécessaires tout au long de l'épisode de soins du C/F.
<b>Gestion du rendement</b> : Représente la mesure et l'analyse des résultats des soins prodigués au sein de la TdeS, à partir des objectifs de rendement fixés, l'utilisation d'indicateurs uniformisés et de l'évaluation faite par le C/F.
<b>Qualité des soins</b> : Centré sur le développement d'une TdeS interdisciplinaires conformément à des normes et à des recommandations fondées sur des résultats probants et en fonction des besoins et des préférences du C/F.
<b>Apprentissage axé sur les résultats</b> : Réfère à l'établissement d'une culture d'amélioration continue. Implique la définition des objectifs de collaboration, l'identification des points à améliorer et des stratégies d'apprentissage. Encourager le rendement amélioré.
<b>Travail en équipe interdisciplinaire</b> : Représente le travail en interdisciplinarité auprès d'un groupe de C/F défini, qui constitue la cible de travail des professionnels appelés à collaborer au sein de ces équipes organisées et intégrées à la TdeS.
<b>Rôles et responsabilités</b> : Reflète la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires de la TdeS. Les visées sont la collaboration efficace et l'attribution appropriée des tâches de coordination.
<b>Engagement</b> : Axé sur l'engagement en regard des objectifs définis par la TdeS, l'engagement à la collaboration, la volonté d'y participer et la connaissance quant à la nature du travail dans un continuum de soins.
<b>Entreprenariat transparent</b> : Fait place à l'innovation, l'expérimentation, les responsabilités de leadership en matière de rendement, les accords financiers, la transparence.

\*Fait référence aux soins infirmiers, médicaux et professionnels impliqués pour le C/F sur l'ensemble de la trajectoire de soins (TdeS).

Tableau IV. Étapes de l'intégration des soins

<b>Les étapes de l'intégration des soins</b>
<b>Étape 1 : Initiative et conception du continuum de soins :</b>
<i>Mots clés</i> : exploration des possibilités/des limites, ambitions et chances de réussite, conception de projet et ententes de collaboration.
<b>Étape 2 : Expérimentation et exécution :</b>
<i>Mots clés</i> : rédaction des buts et le contenu de la collaboration, coordination au niveau du continuum de soins, expérimentation et réflexion.
<b>Étape 3 : Développement et évaluation :</b>
<i>Mots clés</i> : développement continu et maturité du continuum de soins, évaluation et amélioration des résultats, nouvelles questions, innovation.
<b>Étape 4 : Consolidation et transformation :</b>
<i>Mots clés</i> : amélioration continue, nouveaux objectifs, structures adaptées au continuum de soins (structures organisationnelles, financement).

### 3.4.2. Variables pour le deuxième volet de l'étude

Trois variables ont été mesurées. 1) La première réfère aux changements auxquels le travailleur est confronté dans sa pratique. Selon les auteurs du modèle *Flexihealth* (Vandenbergh, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004), ces changements, qui constituent une variable indépendante (v.i) du modèle, sont évalués à partir d'une liste à adapter au contexte de chaque organisation. De tels changements ont été représentés dans cette étude par les pratiques à mettre en œuvre afin de développer une meilleure intégration des soins. De façon opérationnelle, ils ont été mesurés à l'aide du niveau d'avancement du processus d'intégration des soins pour chacune des TdeS. 2) La deuxième variable réfère au bien-être au travail des

infirmières. Le bien-être au travail constitue une variable dépendante (v.d.) qui a été opérationnalisée par l'intermédiaire de trois construits : stress négatif (-), stress positif (+) (ou stimulation positive par le travail) et satisfaction au travail (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). (Annexe 4. Énoncés opérationnels). Le stress (-), dit malsain, survient quand l'individu évalue que les efforts d'adaptation requis par son environnement excèdent ses capacités et mettent en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984), le stress (+) est une forme de stimulation positive par le travail et la satisfaction au travail constitue le résultat de l'évaluation effectuée en lien avec son travail. 3) La troisième variable réfère à la perception du changement. Les changements peuvent être perçus comme étant contrôlables, menaçants ou stimulants et peuvent provoquer des réactions émotionnelles soit positives (sérénité, enthousiasme), soit négatives (stress, déstabilisation, impuissance, colère) (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). Cette perception est mesurée à l'aide de quatre énoncés distincts qui réfèrent respectivement au challenge (défi), à la responsabilité, à la menace et au contrôle (tableau V).

Tableau V. Conceptualisation de la perception du changement

<b>Items: Les perceptions</b>	<b>Alpha</b>	<b>Définition opérationnelle</b>
« Challenge »	$\alpha = .81$	Définit dans quelle mesure le changement est perçu comme un défi à relever ou une occasion de développement
« Responsabilité »	$\alpha = .92$	Définit dans quelle mesure il est estimé que l'organisation est responsable ou non des changements à confronter
« Menace »	$\alpha = .75$	Définit dans quelle mesure le changement va à l'encontre des souhaits du répondant
« Contrôle »	$\alpha = .73$	Définit dans quelle mesure le répondant estime avoir le pouvoir de modifier le cours des événements

### **3.4.3. Variables pour le troisième volet de l'étude**

Deux principales variables ont été abordées. 1) La première variable réfère aux neuf dimensions de la pratique intégrative selon Minkman (2011). Ces variables ont constitué la base du guide d'entrevue. 2) La seconde variable réfère aux forces et aux limites associées à la capacité de réponse de l'organisation présentées par le modèle de Collerette, Lauzier et Schneider (2013) qui couvre les aspects suivants : la qualification de la main-d'œuvre, le financement, la recherche et le développement, l'expertise, la technologie, l'architecture, la culture interne, les procédés de travail, le leadership, l'implication du personnel.

### **3.5. Collecte des données**

Cette section présente la démarche de traduction, d'adaptation et de validation du questionnaire « *The Development Model for Integrated Care (DMIC)* » (Minkman, 2011), utilisée dans cette étude, et le processus de collecte des données.

#### **3.5.1. Démarches préalables à l'utilisation du « *DMIC* »**

Afin de pouvoir utiliser l'instrument de mesure « *The Development Model for Integrated Care (DMIC)* », issu du modèle de Minkman (2011) élaboré en langue anglaise, nous avons préalablement procédé à sa traduction française en s'assurant de sa validation culturelle (Levesque, Benigeri et Labbé, 2012). Le processus de traduction de l'instrument de mesure anglais a été inspiré de la validation transculturelle de Vallerand (1989). Cette méthode permet



de déterminer si un concept développé dans une culture différente s'interprète de la même manière en présence d'indicateurs comparables dans la culture investiguée. La validation transculturelle « désigne les opérations par lesquelles on cherche à obtenir des degrés de fidélité et de validité équivalents à ceux d'un instrument de mesure dont la langue diffère de celle ayant servi à la version originale » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 307).

**Traduction du questionnaire :** Dans un premier temps, le processus a consisté à traduire de l'anglais vers le français l'instrument choisi en réponse aux questions à l'étude. Afin de limiter les biais de traduction, ce procédé a été réalisé par deux traductrices indépendantes, professionnelles en linguistique, dont l'une était experte de contenu en matière d'intégration. Préalablement, l'investigatrice a clarifié avec les traductrices les définitions et les indicateurs du concept d'intérêt afin de faciliter le sens de la traduction. Deux versions préliminaires indépendantes ont été obtenues, analysées et modifiées lorsque nécessaire, afin d'obtenir une seule version française dite expérimentale. Pour ce faire, l'approche « comité » a été privilégiée. Les deux traductrices et l'investigatrice ont analysé les versions jusqu'à l'obtention de consensus quant aux libellés des énoncés traduits. L'auteure du modèle original, Mme Minkman, a participé à cette étape de façon virtuelle en répondant aux questions de précision et de clarification posées par le comité lors d'interprétations divergentes, renforçant ainsi le respect de construit. La traduction linguistique du questionnaire a obtenu une fréquence relative de convergence linguistique entre les traducteurs de 0.88 %, au seuil de 75% fixé par l'investigatrice. Le tableau VI résume le nombre et le pourcentage d'items traduits pour lesquels il y eu eu concordance et discordance entre les traducteurs.

Tableau VI. Fréquence relative de concordance

État de convergence	Effectif	Fréquence relative (%)
Non convergence	10	0,11
Convergence	79	0,88
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>1</b>

**Adaptation du questionnaire :** Dans un deuxième temps, l'évaluation de la version expérimentale du questionnaire traduit en français a été réalisée. Un comité d'experts a été formé afin d'évaluer l'équivalence conceptuelle des 89 énoncés de pratique qui constituent le questionnaire, selon des critères de compréhension, de clarté et de pertinence des énoncés. Un formulaire d'information et de consentement à participer au pré-test du questionnaire (annexe 5), ainsi que le questionnaire traduit ont été remis à quatre experts en recherche universitaire (EU) dans le domaine de l'intégration des soins, à quatre experts représentants du CSSS à l'étude (experts cliniques, EC) et à 5 infirmières représentantes de la population cible à l'étude (infirmières, I). Ce comité a évalué par écrit les libellés des énoncés et proposé des recommandations (annexe 6. Formulaire d'évaluation pré-test du questionnaire).

Les énoncés ont ensuite été modifiés en fonction des recommandations et soumis à nouveau au comité pour l'obtention de consensus. Puisque les coefficients de *Kappa de Fleiss* n'ont pas permis de déterminer une mesure d'accord pour chacun des groupes relativement au 89 énoncés de pratique, une mesure de pourcentages de cas où le changement n'a pas été apporté par groupe a été effectuée par le biais d'un test de « *Khi deux* » de comparaison de proportions. Un pourcentage de concordance a été obtenu entre les EU de 90,7 %, les EC, de 96,3 % et les I,

de 95, 2 %. Au seuil de 5%, on obtient une corrélation significative ( $p < 0,446$ ) entre les jugements des groupes. Une lettre de remerciements a été offerte aux participants (annexe 7).

**Pré-test du questionnaire :** L'étape finale a consisté à effectuer un pré-test du questionnaire, soit l'évaluation de la compréhension et de la clarté des énoncés par des répondants issus de la population cible à l'étude ( $n=5$ ). Cette étape a permis d'estimer le temps requis pour compléter le questionnaire (évalué à 40 minutes environ) et d'effectuer d'ultimes ajustements de format. Des analyses de consistance interne des diverses dimensions de la pratique ont été effectuées à posteriori sur l'ensemble des questionnaires complétés ( $n=107$ ). Des coefficients *KR20* ont été calculés pour les neuf dimensions de la pratique afin de juger de la cohérence interne des items. Les coefficients pour chacune des dimensions ont varié entre 0,57 et 0,85 et le coefficient obtenu pour l'ensemble des items a été de 0,96 (tableau VII).

Tableau VII. Coefficients KR20 pour les dimensions

Dimensions	Présence*	N activités
Soins centrés sur le client/famille	0,61	9
Système de prestation des soins	0,85	18
Gestion du rendement	0,84	16
Qualité des soins	0,65	5
Apprentissage axé sur les résultats	0,83	12
Travail en équipe interdisciplinaire	0,57	3
Rôles et responsabilités	0,76	8
Engagement	0,84	11
Entreprenariat	0,78	7
<b>Avec tous les items</b>	<b>0,96</b>	<b>89</b>

*KR20 – Interprétation Consistance interne			
$\alpha \geq 0.9$	Excellente	$0.6 \leq \alpha < 0.7$	Questionnable
$0.8 \leq \alpha < 0.9$	Bonne	$0.5 \leq \alpha < 0.6$	Faible
$0.7 \leq \alpha < 0.8$	Acceptable	$\alpha < 0.5$	Inacceptable

### 3.6. Processus de collecte des données

Afin de collecter les données quantitatives correspondant aux deux premiers volets de l'étude, une trousse format papier a été constituée comprenant un formulaire d'information et de consentement (annexe 8), le questionnaire « *Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins* » (annexe 9), ainsi qu'une enveloppe retour préaffranchie et codifiée selon la TdeS. Afin de présenter l'étude et de distribuer cette trousse, l'investigatrice, accompagnée des chefs cliniques respectifs, a rencontré l'ensemble de la population accessible (individuellement ou en rencontres de groupes) pour chacune des unités visées, soit en début ou à la fin des quarts de travail, selon ce qui convenait à chacun des milieux. Un délai de trois semaines était accordé aux répondants pour compléter et retourner le questionnaire par la poste. Des rappels, écrits et oraux, ont été effectués dans chacun des milieux, après un délai de deux semaines. Afin de maximiser le retour de questionnaires complétés, l'investigatrice a procédé de nouveau à des rappels, d'abord après quatre semaines, puis après six semaines. L'annexe 10 présente la synthèse des démarches terrain relatives au plan de collecte des données.

Afin de collecter les données qualitatives pour le troisième volet de l'étude, une démarche d'échantillonnage par choix raisonnés a été effectuée à l'aide de recommandations des gestionnaires et directeurs des quatre TdeS identifiées en fonction des critères d'inclusion déjà présentés. Lors de rencontres effectuées au sein de chaque milieu, un formulaire d'information et de consentement à l'entrevue a été présenté et remis en mains propres aux participants visés (annexe 11). Un rendez-vous a été attribué en toute confidentialité aux répondants ayant manifesté leur intérêt à effectuer l'entrevue avec l'investigatrice, d'une durée

approximative prévue de 60 minutes, à l'endroit et au moment de leur choix. Cette démarche a permis de rencontrer et de recruter des acteurs clés dans chacune des TdeS.

Le formulaire d'information et de consentement, signé en début d'entrevue, autorisait l'enregistrement de l'entrevue sur bandes audio ainsi que la prise de notes manuscrites (Miles et Huberman, 2003). L'établissement a consenti à libérer le personnel afin que celui-ci soit disponible pour faire les entrevues et, pour cette raison, elles ont donc été effectuées pendant les quarts de travail des répondants. L'annexe 12 présente le guide d'entrevue clinique semi-dirigée et l'annexe 13, le guide d'entrevue administratif. Les collectes de données quantitatives et qualitatives ont été réalisées entre les mois de mai et octobre 2013.

### **3.7. Outils de collecte de données**

#### **3.7.1. Questionnaires**

Le questionnaire « *Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins* » a été élaboré aux fins de cette étude. La première section de celui-ci couvre les données sociodémographiques. Cette section est composée de questions ouvertes, à courts développements et à choix multiples, qui ont permis de dresser un tableau informatif relatif aux caractéristiques personnelles et professionnelles des répondants telles que le genre, l'ancienneté, la fonction et le quart de travail et le niveau de formation et des caractéristiques organisationnelles telles que le secteur d'activité et le lieu de travail. La deuxième section du questionnaire concerne les neuf dimensions de la pratique et les 89 activités intégratives. D'une

part, elle constitue le principal outil d'évaluation de la pratique clinique en contexte d'intégration des soins et, d'autre part, du niveau d'avancement de l'intégration de soins au sein des TdeS. Pour chacun des énoncés, les répondants devaient se prononcer de façon dichotomique (par oui ou par non) sur la pertinence et la présence de chacune des activités dans leur milieu. Un pointage, soit de 0 (si non présent) ou de 1 (si présent), a été attribué à chacune des activités considérées pertinentes.

La troisième section du questionnaire est constituée de l'outil développé et validé par Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004). Cette section a permis d'évaluer les quatre variables de la perception des infirmières quant aux changements vécus et les trois variables caractérisant leur bien-être au travail. La perception du changement a été mesurée à l'aide de 11 questions, présentant des échelles de type *Likert* à 5 points allant de 1 « *pas du tout d'accord* » à 5 « *tout à fait d'accord* ». On obtient les coefficients de corrélation suivants : challenge (0,742), menace (0,877) et responsabilité (0, 779). Le contrôle étant mesuré par deux items contradictoires, l'alpha de *Cronbach* n'a pas été calculé. Le bien-être au travail a été mesuré à l'aide d'échelles de type *Likert* graduées allant de 1 « *jamais ou rarement* » à 4 « *toujours ou presque toujours* » couvrant respectivement le stress négatif (11 items) et le stress positif (huit items) ainsi que d'une échelle de type *Likert* graduée de 1 « *pas du tout d'accord* » à 5 « *tout à fait d'accord* » incluant la satisfaction au travail (deux items). A posteriori, on obtient une cohérence interne pour le stress positif de 0,882 et pour le stress négatif de 0,815. Un coefficient de corrélation de 0,851 a été obtenu pour l'ensemble des items.

### **3.7.2. Entrevues**

Pour le troisième volet de l'étude, un guide d'entrevue destiné aux infirmières, gestionnaires et professionnelles réparties au sein des quatre TdeS a été élaboré, inspiré des suggestions méthodologiques de Miles et Huberman (2003). L'entrevue s'est amorcée par une question d'ordre général, suivie de questions courtes, ouvertes et fermées. Elle avait pour objectif d'approfondir les perceptions infirmières en regard des forces, faiblesses, contraintes et menaces (Pearce, 2007) associées au développement de la pratique clinique en contexte d'intégration des soins. Un guide d'entrevue destiné spécifiquement à un gestionnaire ou administrateur clé de chacune des TdeS (n=4) et à deux membres de la direction de l'établissement (n=2) a été développé pour cette étude. Ce guide est composé de questions ouvertes, à courts développements et à choix multiples permettant de décrire administrativement la TdeS. Il a permis d'identifier par exemple, l'historique du processus d'intégration, les répercussions, les stratégies, etc.

### **3.7.3. Sources de données documentaires**

Par souci de triangulation, les données d'entrevues ont été complétées par diverses sources documentaires recommandées par des informateurs-clés de l'organisation. Elles ont porté sur l'organisation structurelle du CSSS à l'étude et les énoncés de politique, la philosophie de gestion et la philosophie des soins infirmiers de l'organisation, ainsi que sur les résultats de nombreuses évaluations effectuées ces dernières années dans cette organisation. Ces évaluations portaient sur la satisfaction des employés, le climat de travail, la gestion de la contribution, etc.

Le tableau VIII présente une liste (non exhaustive) de documents consultés datant de 2004 à 2015.

Tableau VIII. Documentation clinique

<b>Documentation clinique</b>	<b>Thématiques</b>
Normes d'efficacité organisationnelle	Présentation des normes sur l'efficacité organisationnelle d'Agrément Canada
Projet d'organisation clinique	Démarche d'organisation clinique du CSSS : schéma de réalisation, plan d'action, rôles et composition des tables cliniques de travail, planification stratégique, canevas de travail, plan de communication, référence ministériels en soutien aux travaux
Philosophie de l'organisation	La mission, les valeurs (contribuer au bien-être, s'adapter aux besoins, offrir des services, planifier l'avenir, desservir le territoire)
Rôles et responsabilités	Volets clinique, administratif, enseignement, savoir-être, savoir, savoir-faire.
DSI, une offre de service complète	Pour un continuum de soins d'excellence : soins infirmiers intégrés dans le continuum de soins du CSSS
Philosophie de gestion	Valeurs et engagements des gestionnaires
Tables cliniques locales	Bilan de l'avancement des divers travaux pour chacun des programmes
Cadre de référence	Normes et standards de pratique pour chacun des programmes
Organigramme	Structure hiérarchique de l'organisation



### 3.8. Analyses des données

#### 3.8.1. Analyse pour le premier volet de l'étude

Des données relatives à des pourcentages, des moyennes et des écarts-type ont été obtenues pour chacune des variables. Des tests de *t* de *Student*, des analyses de variances (*ANOVA*) ou des corrélations de *Pearson* (*r*) ont permis de vérifier, par exemple, s'il existe des différences de résultats entre les répondants, selon certaines caractéristiques, telles que le niveau de formation ou le titre d'emploi. De façon spécifique, la variation du pointage obtenue a indiqué un résultat global correspondant à la réalisation de l'ensemble des pratiques intégratives au sein d'une TdeS et des résultats partiels ont été obtenus pour chacune des neuf dimensions. Une activité a été jugée présente si 60 % et plus des répondants d'une même TdeS déclaraient que cette activité était présente et une dimension a été jugée prévalente si 60 % et plus des activités qui la composaient ont été identifiées comme étant présentes.

L'analyse du niveau d'avancement du processus d'intégration s'est effectuée à l'aide de l'outil de mesure « *A Four Phase Development Model for Integrated Care* », (Minkman, 2011; Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009) (annexe 2). Cet outil présente une liste des dix activités les plus significatives permettant de caractériser chacune des quatre étapes du développement de la pratique intégrative. L'échelle de mesure prévoit que, si plus de sept activités sur dix sont présentes pour une même étape, on peut considérer que cette étape est atteinte. Ainsi, si à l'étape I on obtient huit activités présentes, à l'étape II sept activités, à l'étape III quatre activités et à

l'étape IV deux activités, il est convenu que l'intégration se situe à l'étape III tout en se rapprochant de l'étape IV.

### **3.8.2. Analyses pour le deuxième volet de l'étude**

Des analyses descriptives simples et des analyses de corrélations ont été effectuées afin de mesurer le niveau de bien-être au travail. Les résultats quant aux échelles de perception et de satisfaction ont été obtenus par la sommation des questions spécifiques à chacune de ces variables. De ces résultats totaux, les moyennes ont été calculées. Pour le stress professionnel négatif (SPN), les scores moyens sont obtenus en divisant les scores totaux par onze, soit le nombre d'items composant le SPN et, en ce qui concerne le stress professionnel positif (SPP), ils sont obtenus en divisant les scores totaux par huit, soit le nombre d'items composant le SPP. Pour le SPN, un score brut compris entre 15 et 23 correspond à un niveau de stress négatif moyen (normal), entre 11 et 14 à un niveau faible de stress négatif et de 24 ou plus, à un niveau de stress négatif élevé. Pour le SPP, un score brut compris entre 20 et 27 correspond à un score de stress positif moyen (normal), inférieur à 20, à un niveau faible de stress positif et de 28 ou plus, à un niveau élevé de stress positif généré par le travail (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004).

Dans un deuxième temps, des analyses de corrélation ( $r$ ) ont été effectuées entre les variables suivantes : le niveau d'avancement du processus d'intégration, la perception des infirmières et le bien-être au travail des infirmières. Afin de déterminer le lien entre le niveau d'avancement du processus d'intégration et la perception des infirmières, des analyses de

variance (*ANOVA*) ont été effectuées afin de comparer la variance de chaque groupe (intragroupe) avec la variance qui existe entre les groupes (intergroupes) (Fortin et Gagnon, 2016). Elle s'applique lorsque l'on mesure une ou plusieurs variables explicatives catégorielles qui ont de l'influence sur la distribution d'une variable continue. Afin d'établir un lien existant entre la perception et le niveau de bien-être, les coefficients de corrélations de *Pearson* (lien linéaire) ou de *Spearman* « r » ont été utilisés. Ces coefficients correspondent à des valeurs numériques résumant la force et la direction de la relation entre deux variables (Fortin et Gagnon, 2016).

Dans le but d'identifier le lien existant entre le niveau d'intégration des soins et le bien-être, l'analyse de variance, le test de *Sobel* a été utilisé. Cette méthode teste l'importance d'un effet de médiation et détermine si la réduction de l'effet de la variable indépendante, après inclusion du médiateur dans le modèle est significative, et donc, si l'effet de médiation est statistiquement significatif. Ce test a permis de démontrer si l'effet indirect de la variable indépendante (niveau d'intégration des soins) sur la variable dépendante (bien-être) par l'entremise du médiateur (perception) est significativement différent de zéro (formule de *Baron & Kenny*, 1986). En somme, à l'aide de l'analyse de la médiation nous avons cherché à vérifier si la perception (challenge, contrôle, menace et responsabilités) joue le rôle de médiateur entre le niveau d'intégration et le bien-être des infirmières (satisfaction, stress positif et stress négatif). Finalement, nous avons effectué une analyse de l'interaction qui consiste à observer l'effet de la combinaison entre le niveau d'intégration des soins et les variables de contrôle (emploi, formation, lieu de travail et quart de travail) sur chacune des variables dépendantes (tableau IX).

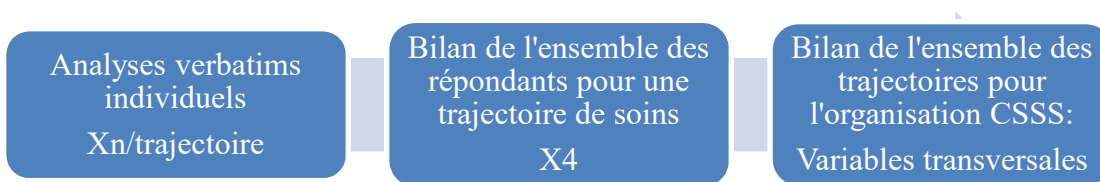
Tableau IX. Variables dépendantes

Variable dépendante	Variable médiatrice	Variable indépendante	Variables de contrôle
Satisfaction Stress positif Stress négatif	Challenge Menace Contrôle Responsabilités	Étape de développement	Emploi Formation Quart de travail Lieu de travail

### 3.8.3. Analyses pour le troisième volet de l'étude

L'analyse des données qualitatives a débuté par l'élaboration et la validation inter juges d'une liste prédéterminée de codes représentant les neuf dimensions de la pratique (Minkman, 2011, trad.), (annexe 14. Tableau de codes préétablis). L'analyse préliminaire issue de cinq verbatim a suivi un processus multi-codage intra juges et inter juges jusqu'à l'obtention d'un accord de plus de 80 %. À partir d'observations de certains patterns et récurrences obtenus pour chaque individu, en regard des pratiques, leviers, contraintes et stratégies associés à chacune des dimensions de la pratique, des codages interprétatifs et explicatifs ont été développés. L'analyse s'est poursuivie par le développement de matrices transversales pour chacune des TdeS, qui ont permis d'identifier des récurrences (annexe 15). À cet effet, une stratégie d'analyse « *orientées variables* », (figure 9) qui consiste à vérifier des thèmes transversaux émergents des TdeS, a été privilégiée, en fonction du but de l'étude (Miles et Huberman, 2003).

Figure 9. Stratégies d'analyses



Un modèle général pour l'ensemble de l'organisation a ainsi été obtenu et des liens ont pu être effectués avec les dimensions relatives à la capacité de réponse de l'organisation, suivant le modèle adapté de Collerette, Lauzier et Schneider (2013). Le tableau X présente le processus d'analyse selon Collerette, Lauzier et Schneider, (2013).

Tableau X. Théorie des champs

La théorie des champs
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Description de la situation existante (jugée insatisfaisante) ;</li> <li>2. Description de la situation souhaitée ;</li> <li>3. Inventaire exhaustif des forces restrictives (obstacles) qui empêchent la situation existante de se rapprocher de la situation souhaitée ;</li> <li>4. Inventaire exhaustif des forces motrices (leviers) qui empêchent la situation de se détériorer et sur lesquelles je pourrai m'appuyer en vue de provoquer un changement ;</li> <li>5. Inventaire des forces ayant le plus d'influence sur la situation existante ;</li> <li>6. Le choix des forces sur lesquelles on peut agir.</li> </ol>

L'utilisation du logiciel NVivo 10 a facilité l'organisation systématique des données, leur codage, le développement des thèmes et des sous-thèmes, ainsi que l'élaboration de matrices conceptuelles thématiques (Miles et Huberman, 2003).

### **3.9. Considérations éthiques de la recherche**

Afin de prendre en considération les dimensions éthiques de la recherche telles que décrites dans l'Énoncé de politique des trois conseils<sup>5</sup> dans les Standards d'éthique du FRSQ<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, décembre 2010.

<sup>6</sup> Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Standards du FRSQ sur l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique, 2008.

ou dans la Politique d'éthique et d'intégrité scientifique du FRQNT<sup>7</sup>, le projet a d'abord été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal et le comité d'éthique du CSSS dans lequel le projet s'est inscrit (annexe 16). Les droits fondamentaux des répondantes ayant participé à l'étude ont été respectés. Il s'agit, entre autres, du droit de la personne d'être informée de la nature, du but, de la durée et des méthodes utilisées pour la recherche, du droit de décider librement de participer ou non à la recherche sans aucun préjudice et du droit à l'anonymat et à la confidentialité (tant pour les individus que pour l'organisation), tout au long du processus de la recherche (Fortin et Gagnon, 2016)

Pour les volets quantitatifs, un formulaire expliquant le contenu de l'étude et un second formulaire indiquant quelles sont les considérations éthiques du projet accompagnaient le questionnaire à compléter, et le retour de celui-ci par la poste faisait office de consentement. Pour le volet qualitatif, un formulaire d'information et de consentement (enregistrement audio) a été signé par chacune des répondantes avant le début de l'entrevue. Afin de préserver le respect de la vie privée et la confidentialité des données et des renseignements personnels, seuls l'investigatrice et son directeur académique, tenus au secret professionnel, ont accès aux données brutes de l'étude qui sont gardées en lieu protégé et conservées pendant une période de sept ans, selon les règles de l'Université de Montréal.

---

<sup>7</sup> Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (FQRNT). Politique d'éthique et d'intégrité scientifique, 2010.

### 3.10. Validité de la démarche

Afin de s'assurer de la valeur de l'ensemble des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, l'investigatrice a appliqué des mesures permettant d'assurer la qualité de l'ensemble de la démarche scientifique.

Premièrement, différentes stratégies permettant de minimiser les biais possibles associés aux méthodes mixtes proposées par Creswell et Plano Clark (2011) relevées par Briand et Larivière (2014) ont été respectées: 1) les échantillons des trois volets de l'étude ont été ciblés au sein de la même population et devaient répondre aux mêmes critères d'inclusion; 2) les questions de recherche ont été guidées par une préoccupation commune relative à la mise en œuvre des processus d'intégration; 3) l'analyse des données s'est étendue tout au long de la collecte des données; 4) l'utilisation du modèle *MIDIS* a permis de relier les différents volets de l'analyse et les différentes variables entre elles (les pratiques intégratives, le processus de développement de l'intégration, les effets de l'intégration sur la satisfaction); 5) et la description des procédures de collecte de données et la présentation des données utilisées ont été soutenues par l'utilisation de figures, de tableaux de comparaison et de transformations de données. Ces figures et tableaux explicatifs sont présentés dans chacun des articles du chapitre « résultats ».

Relativement au devis quantitatif, l'étude s'appuie sur une combinaison de cadres conceptuels soutenus par un solide corpus et sur des outils dotés d'excellentes qualités psychométriques. Le modèle de Minkman (2011) et le modèle *Flexihealth* ont été statistiquement validés. Par ailleurs, le processus de sélection des répondantes a donné à toutes

les infirmières, respectant les critères prédéterminés, la possibilité de répondre au questionnaire et des rappels ont été effectués afin de maximiser le taux de participation. Finalement, le milieu à l'étude (CSSS), présentant une réalité semblable à celle des autres CSSS au Québec, augmente le potentiel de transférabilité des résultats et contribue de ce fait à la validité externe de l'étude (Fortin et Gagnon, 2016).

En ce qui concerne le devis qualitatif de l'étude, Guba et Lincoln (1989) se réfèrent à quatre critères permettant de juger de la qualité d'une recherche. La crédibilité associée à la démarche qualitative a été assurée par diverses techniques: l'engagement de l'investigatrice sur le terrain au sein de comités cliniques et de gestion situés à divers paliers de gestion (comités directeur, stratégique, opérationnel) lui permettant de comprendre la réalité du milieu et les diverses visions des participants pour les raisons suivantes : les observations soutenues lors des entrevues favorisaient un meilleur contrôle des biais possibles, l'utilisation de la triangulation combinant diverses sources de données permettait d'identifier des conclusions comparables, la sollicitation des participants permettait de valider la crédibilité des interprétations formulées par l'investigatrice et, finalement, la sollicitation de pairs expérimentés permettait de vérifier la fidélité du codage et le processus de traitement des données (Fortin et Gagnon, 2016). Deux vérificateurs ont permis de confirmer l'exactitude des déductions et des conclusions effectuées. La transférabilité et la fiabilité ont été assurées par une analyse portant sur des milieux différents, constitués de quatre TdeS. Cette diversité de milieux doit contribuer à favoriser la stabilité des données et l'application des conclusions de l'étude à d'autres contextes similaires (Fortin et Gagnon, 2016). Toutes les entrevues ont été effectuées de façon similaire par une même personne (l'investigatrice), des rétroactions ont été obtenues de la part des répondants au fur et



à mesure de l'étude, et une saturation de données recueillies a été atteinte. La confirmabilité a été assurée par le fait que l'investigatrice a fait preuve d'objectivité et d'impartialité lors des entrevues et des analyses des résultats en examinant d'abord les biais quant à ses orientations théoriques et idéologiques au départ (Guba et Lincoln, 1989). Les objectifs de l'étude et les outils de collecte des données ont été présentés aux directions de l'établissement. Les acteurs-clé rencontrés ont témoigné de la validité de la démarche de la recherche en confirmant sa pertinence pour le milieu et en indiquant que les résultats obtenus correspondent à la réalité vécue.

## **CHAPITRE 4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

## 4.1. Article 1. Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence?

Caroline Longpré<sup>8</sup>, Carl-Ardy Dubois<sup>9</sup>

### 4.1.1. Abstract

**Background:** Even though nurses are expected to play a key role in implementing integrated services networks, up to now their practice in this regard has received very little research attention. The aim of this study is to describe the extent to which the evolution of nursing practice in Quebec in recent years has converged with the requirements and efforts involved in services integration.

**Methods:** This descriptive study was carried out with 107 nurses working an integrated network of healthcare services in Quebec in four different care pathways: chronic obstructive pulmonary disease, autonomy support for the elderly, palliative oncology care, and mental health. *Development Model for Integrated Care (DMIC)* was used, first, to examine the

---

<sup>8</sup> Doctoral candidate (nursing administration), University of Montreal; Fellow, Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI), University of Montreal, Canada. Professor, Department of Nursing, University of Quebec Outaouais, 5 Saint-Joseph Street, Room 3212, St-Jerome, Quebec, J7Z 0B7

Corresponding author: [caroline.longpre@uqo.ca](mailto:caroline.longpre@uqo.ca)

<sup>9</sup> Thesis supervisor. Associate professor, Department of Nursing, University of Montreal, Canada. Director, Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI).

prevalence in each pathway of integrative activities, grouped into nine practice dimensions, and then to position each pathway in relation to the four *phases* of development for any integration process, as defined by the *DMIC*.

**Results:** Only one pathway had reached *Phase 3*, which involves expansion and monitoring of integration, whereas the others were still in the preliminary *Phases 1* and *2* characterized by initiative and experimentation. Only two dimensions out of nine (‘quality of care’ and ‘interprofessional teamwork’) were prevalent in all the pathways; two others (‘transparent entrepreneurship’ and ‘performance management’) were in none of the pathways, and the remaining five (‘patient–family centered care’, ‘result-focused learning’, ‘delivery system’, ‘commitment’, ‘roles and tasks’) were present to varying degrees.

**Conclusions:** These results suggest that particular efforts should be made to bridge the significant gap between the pace of nursing practice transformation and the objectives of service integration. These efforts should focus, among other things, on the deployment of organizational, clinical, human, and material resources to support practice renewal and continuing education for nurses to prepare them for the requirements of integration.

**Keywords:** Processes, Integration of care and services, Care pathways, Professional practice, Nursing, Organizational and professional change

#### 4.1.2. Résumé en français

**Contexte :** Bien que les infirmières soient appelées à jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre des réseaux intégrés de services, l'analyse de leur pratique n'a bénéficié jusqu'ici que de peu d'attention. Cette étude vise à décrire les pratiques infirmières dans le contexte d'intégration des soins au Québec.

**Méthodes :** Cette étude descriptive a été menée auprès de 107 infirmières œuvrant dans quatre TdeS d'un établissement de santé au Québec, desservant respectivement des clientèles en santé mentale, des patients en soins palliatifs/oncologiques, des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Le modèle de développement de l'intégration de soins a permis, d'une part, d'examiner la prévalence d'activités intégratives regroupées en neuf dimensions de la pratique au sein des TdeS et, d'autre part, de positionner ces TdeS parmi les quatre étapes de développement de l'intégration prédéterminées par le modèle.

**Résultats :** Une seule TdeS a atteint l'étape III, soit le développement et l'évaluation de l'intégration, alors que les trois autres sont situées aux étapes préliminaires I et II caractérisées par l'initiative et l'expérimentation. Seules deux dimensions sur neuf (qualité des soins et équipe interprofessionnelle) sont prévalentes dans l'ensemble des TdeS, deux autres dimensions (Entrepreneuriat transparent et Gestion du rendement) ne le sont pour aucune des TdeS et cinq autres le sont de manière variable (soins client-famille, apprentissage-résultats, prestation des soins, engagement, rôles et responsabilités).

**Conclusion** : Ces résultats suggèrent que des efforts particuliers doivent être déployés pour combler le décalage important entre le rythme de transformation de la pratique infirmière et les objectifs d'intégration des services. Ces investissements doivent porter, entre autres, sur le déploiement de ressources organisationnelles, cliniques, humaines et matérielles afin de soutenir le renouvellement des pratiques et la formation continue des infirmières, compte tenu des exigences d'intégration.

**Mots-clés** : Processus, intégration des soins et services, trajectoires de soins, pratique professionnelle, soins infirmiers, changements organisationnels et professionnels.

#### **4.1.3. Background**

To deal with numerous challenges related, among other things, to population aging and the rising prevalence of chronic illnesses and mental health disorders, many jurisdictions are investing in strengthening the integration of health care and services. This is seen as a lever to ensure better accessibility and continuity of services and ultimately to improve public health (Côté, Lanctôt et Rheault, 2010; Leatt, Pink et Guerriere, 2000; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004a, 2010; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b). In Quebec, starting in 2004, this integration took the form of a new organizational model in which the various resources in a given territory are linked together into a local health and social services network (LSN). At the heart of each LSN is a health and social services center (HSSC), created by merging local community health centers (CLSCs) with residential and long-

term care centers (CHSLDs), and, in most cases, a hospital (CH). To meet its objectives, the HSSC is organized into service programs (Juhel et Anctil, 2004), which in turn are made up of different care and service trajectories or clinical pathways to address the needs of specific patient groups. The HSSC is complemented by a variety of service providers such as community organizations and pharmacies, youth protection centers, rehabilitation centers, family medicine groups (FMG), and municipal organizations. The LSN thereby created serves as the anchor point for developing local integrated services networks (ISN) that each provide a coordinated continuum of services for a defined population in the territory.

Despite the significant restructuring invested in setting up this model, recent reports have documented chronic shortcomings in terms of fragmentation, reduced access to services for vulnerable groups, and lack of service continuity (Breton, 2009; Côté, Lanctôt et Rheault, 2010; Lamarche, 2011; Levesque, Benigeri et Labbé, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). The results of the 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey showed that health services in Quebec fall short, to varying degrees, in accessibility, coordination, and continuity of care for patients with the greatest health needs. Quebec ranks last among Canadian provinces when it comes to users' perceptions of the overall functioning of its healthcare system. In that survey, 16% of Quebec participants did not have access to a family physician for primary care, as opposed to 9% in the rest of Canada; only 39% of hospitalized patients reported good coordination of care at discharge; and only 35% of participants with a chronic illness reported that one person was responsible for all care related to their condition (Levesque, Benigeri et Labbé, 2012).

Some analysts have attributed these deficiencies to weaknesses in the integration model's design and implementation (Minkman, 2012; Provan, Nakama, Veazie, Teufel-Shone et Huddleston, 2003; van Raak, Mur-Veemen, Hardy, Steebergen, Paulus, 2003). Several studies have shown that an ISN only achieves its full potential when health professionals' activities support the structural and administrative changes put forward by organizations (Breton, 2009; Lamarche, 2011; Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger et Vallières-Joly, 2001). However, in the recent reforms, the attention given to structural and administrative changes was often seen to be in stark contrast to the lack of investment in developing and renewing clinical and professional practices (Lamarche, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).

Given their responsibilities at all levels of care, nurses play a determining role in service coordination and care delivery (Contandriopoulos, 2008). They are a key link in the development of service programs and the achievement of underlying transformations. Implementing service programs involves, for example, developing referral mechanisms or new care protocols, introducing new roles to optimize nurses' contribution, and developing renewed care activities that are more closely tailored to needs. It also includes developing collaborative practices that involve patients and families, nurses, as well as other service providers, levels of care, and organizations (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). However, various studies have reported discrepancies between, on one hand, the imperatives of these integration processes and, on the other, nurses' training. Some authors point out that integration calls for specific skills and competencies related to practicing in a network, in which nurses currently have little training



(D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007; Gendron, Gagnier et Plante, 2005; Pruitt et Epping-Jordan, 2008).

While numerous studies have examined the integration process, nursing research in this area is still in its infancy, and to date there has been a relatively limited knowledge base to guide nursing practice innovations in this area, or to help in understanding the implications of these integration processes for nursing (Breton, 2009; D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007; Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007; Minkman, Vermeulen, Ahaus et Huijsman, 2011).

This study is intended to fill these gaps by looking at integration from the standpoint of nurses practicing in contexts undergoing transformation. Our objectives are: 1) to determine the extent to which nursing interventions in care pathway implementation converge with demands for greater integration of care and services; and 2) to determine the extent to which nursing practice is at similar or different *phases* of development in the integration process in different care pathways.

#### **4.1.4. Conceptual and theoretical bases**

Several conceptual frameworks, each based on substantial literature, have been developed to support efforts to integrate care and services at different levels of the healthcare system. One well-known model is the *Chronic Care Model* (CCM) (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002; Wagner, 1998; Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer et Bonomi,

2001; Wagner, Davis, Schaefer, Von Korff et Austin, 1999), which maps out chronic illness management activities in terms of six components: healthcare organization, service delivery systems, community resources, self-management support, decision support systems, and clinical information systems. In Canada, *The Expanded Chronic Care Model* (Barr, Robinson, Marin-Link et al., 2003), a CCM variant, emphasizes the community's active role and assigns considerable importance to the determinants of health and to health promotion. *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework* developed by WHO (Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa et Wagner, 2004; Pruitt, Annandale, Epping-Jordan (...) et Wagner, 2003; Singh et Ham, 2006) is another extension of the CCM that focuses on patients' involvement in their own care, community resources, care organization, and the political environment. The *Kaiser model*, developed in California, prioritizes treatment according to a hierarchy of needs and patients' risk level, with particular attention given to self-management support, interprofessional care management, and intensive case management for patients presenting complex conditions (Slama-Chaudhry, Gaspoz, Schaller et Raetzo, 2008). In Quebec, the integrated services network model (Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez, 2001), combines clinical (patient management procedures), governance (management, financial, and information systems), and values systems (beliefs, values, and interpretative schema that enable the actors to communicate and cooperate with each other). The pursuit of coherence among these systems results in integration of care, and in the normative, functional, and systemic integration of the clinical team.

These various models can be used to define the dimensions of service integration and understand how they relate to each other. Despite their specific contributions and recognized

relevance, however, attempts to use these models for empirical examination of the evolution and implementation of integration projects are hampered by the scarcity of any validated instruments for this purpose. The only model for which any explicit effort has been made in this respect is the CCM, with the *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*, a tool for measuring certain healthcare processes, organizational structure, patients' experience, and community involvement (Bonomi, Wagner, Glasgow et Von Korff, 2002). Several models presented here relate specifically to clientele with chronic illnesses and are not necessarily designed to capture a variety of clientele. Even though the underlying dimensions of these models may have to do with nursing practice, they do not represent the full scope of the nursing role (Minkman, 2012).

For this study, we selected as our reference framework *The Development Model for Integrated Care (DMIC)* developed by Minkman and colleagues, because of its conceptual contributions (Minkman, 2011). It is the only model that was specifically designed with a view to operationalizing nursing practices related to the integration process and that differentiates among the development *phases* of the process according to changes in practice (figure 10). Unlike models centered on chronic illnesses, it can be applied to all clientele and care pathways. The validity of the methodological process leading to its development has been demonstrated as has its theoretical validity (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz et Huijsman, 2009; Minkman, Vermeulen, Ahaus et Huijsman, 2011; Minkman, Vermeulen, Ahaus et Huijsman, 2013). Moreover, it has already been used, mainly in Europe, to evaluate and describe a variety of integration contexts, in such areas as traumatology, cardiology, and neurology services (Minkman, Vermeulen, Ahaus et Huijsman, 2011).

The present study provided an opportunity to test the model in the North American context and thereby to increase its external validity. In this model adapted to the Quebec context, nursing practice activities that contribute to the development of integrated care are operationalized as 89 integrative activities (*elements* in the *DMIC* model), organized into nine broad dimensions (*clusters* in the *DMIC* model): ‘patient-family centered care’; ‘delivery system’; ‘performance management’; ‘quality of care’; ‘result-focused learning’; ‘interprofessional teamwork’; ‘roles and tasks’; ‘commitment’; and ‘transparent entrepreneurship’ (table XI) (Minkman, Ahaus, Fabbriotti, Nabitz et Huijsman, 2009).

The activities associated with these dimensions are ranked by complexity, making it possible to identify, using an analysis grid, four *phases* of development in the integration process: 1) initiative and design; 2) experimentation and execution; 3) expansion and monitoring; and 4) consolidation and transformation of the integration project (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009). The illustration of the model depicts the nine dimensions of integrative practice in interaction, following a narrowing spiral path from *Phase 1* to *Phase 4* as the complexity of integration mechanisms increases (figure 10).

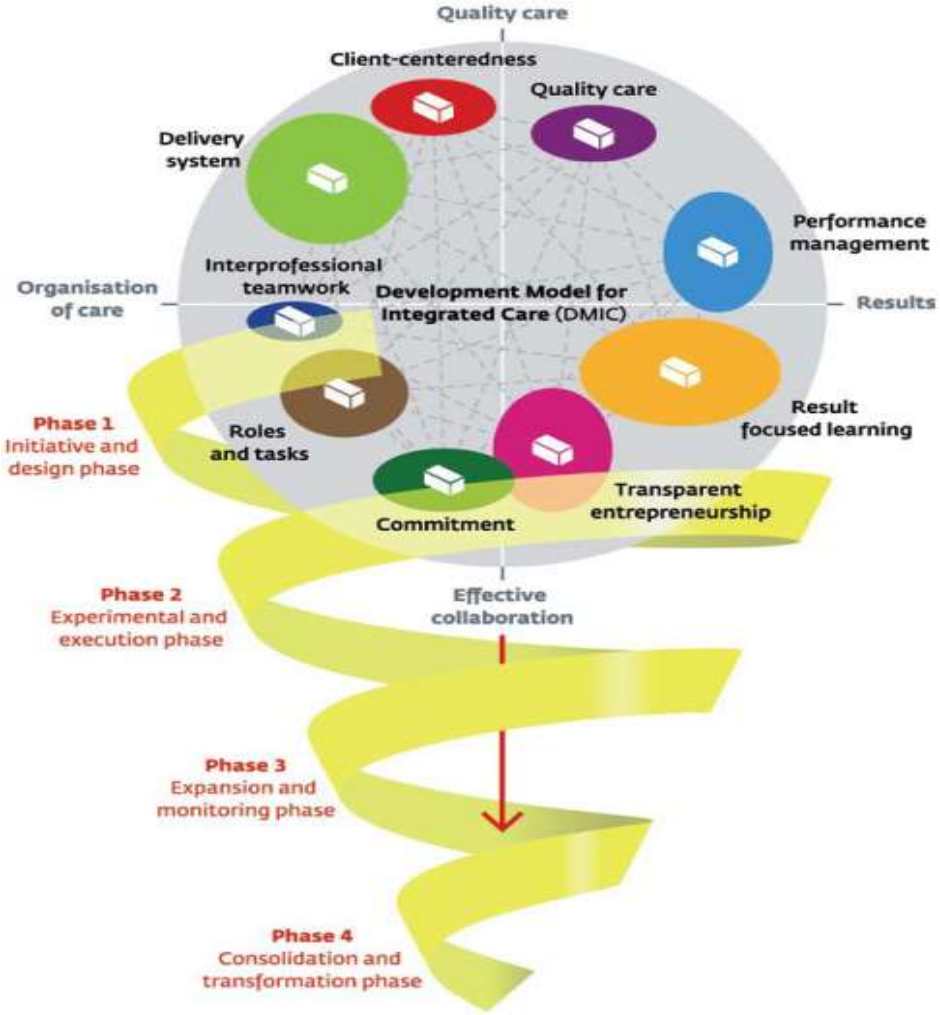
Tableau XI. Dimensions

<b>Dimensions</b>	<b>Definition</b>
<b>Patient-family centered care</b>	Care delivery tailored and adapted to the needs of patients and families and information about care exchanged between patients/families* and care providers.**
<b>Delivery system</b>	Continuum of care organized for patients and families: coordination mechanisms and procedures to optimize all services; agreements and arrangements to provide care from admission to the end of the care episode.
<b>Performance management</b>	Measurement and analysis of services provided in a care pathway, based on established performance objectives, use of standard indicators, financial performance, accident and incident reports, and feedback; takes into account evaluations done by patients and families.
<b>Quality of care</b>	Evidence-based interdisciplinary care provided in response to patient-family needs and preferences.
<b>Result-focused learning</b>	Culture of continuous improvement of outcomes; involves definition of collaboration objectives, identification of potential improvements to care, learning strategies and knowledge exchange, and incentives to encourage improvement.
<b>Interprofessional teamwork</b>	Interdisciplinary work with a patient-family group defined by professionals who collaborate within organized and integrated teams.
<b>Roles and tasks</b>	Clarification of the roles and responsibilities of all partners involved in the services; effective collaboration among them and tasks well coordinated.
<b>Commitment</b>	Individual professionals' commitment to defined objectives, intention to contribute, and knowledge regarding the nature of working within a care continuum.
<b>Transparent entrepreneurship</b>	Innovation, experimentation, leadership in matters of performance, financial agreements among partners, and partner transparency.

\*Patient-family centered care: Expressed as 'client-centered' care in the *DMIC*, term adapted in the Quebec study to encompass patients and families.

\*\*Care providers refer to persons rendering nursing, medical, and professional care to patients and families across the entire care pathway.

Figure 10. Illustration of *DMIC*



#### 4.1.5. Methods

**Design:** For our descriptive study, we used a quantitative cross-sectional design (Fortin et Gagnon, 2016) to identify nursing practices that were considered integrative and the dimensions underlying them in service program implementation, as well as to assess the extent to which the integration process had advanced in the different care pathways targeted. The study design was approved both by the research ethics committee of the University of Montreal (Project 11-085-CERSS-D) and by the ethics committee of the establishment being studied (Project 2213-11-06).

**Study environment:** The selected environment was an HSSC in a semi-urban region that had been involved for several years in a major service restructuring to respond to the dramatic rise in numbers and significant aging of the population in its territory, in a context of limited professional resources. Because this HSSC had adopted a service program approach, which meant that interrelated services and activities were organized to respond to population health and social services needs or to the needs of groups of persons with a shared condition (Juhel et Anctil, 2004), and had developed integrated care pathways as a service organization model, it offered a relevant laboratory for the purposes of this study. This HSSC is representative of the recent reorganization of services in Quebec and encapsulates the challenges facing all HSSCs in this province.

**Service programs:** Four of the HSSC's five departments that were organized into service programs agreed to participate in the study. Each service program is subdivided into

different pathways dealing with particular clinical situations and covers services provided by different establishments within the HSSC or the local health network (CH, CLSC, CHSLD, FMG). We selected four pathways: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), autonomy support for the elderly (ASE), palliative oncology services (POS), and mental health services (MHS). Three main criteria guided our selection: 1) the existence of a critical mass of at least 30 participants; 2) pathways situated at different levels of advancement (implementation date, specific issues); and 3) willingness and interest on the part of the management of the selected service programs to take part in the study.

**Nurse sample:** The targeted population included all personnel with clinical functions except for patient care attendants (nursing assistant, technician, nurse clinician, counselor, navigator, liaison nurse, nurse practitioner) and management functions (coordinator, head nurse, assistant head nurse, director, manager). The criteria for inclusion were: being licensed to practice by their professional order, working in one of the selected pathways, and having worked full- or part-time, day or night, for at least six months. We identified 200 nurses who met these criteria and invited them to join the study (COPD, n = 35; ASE, n = 70; POS, n = 40; MHS, n = 55).

**Study variables:** Two main variables were measured. The first referred to nurses' practices, identified as integrative activities that might advance care and service integration according to the *DMIC*. The second referred to level of integration, determined according to the four *phases* of the integration process. To construct a general profile of the participants, we also collected data on sociodemographic variables, such as age, sex, role (clinical, management),



education (post-secondary, university), location (CH, CLSC, CHSLD, palliative care, FMG, ambulatory services), and shift (day, night, rotation).

**Data collection instrument:** Data were collected using a questionnaire made up of three distinct components. The first was an instrument to measure nursing activities, based on the *DMIC* (Minkman, Ahaus, Fabbriotti, et al., 2009). It consisted of 89 items corresponding to activities considered integrative. For each item, nurses were asked to answer yes–no questions relating to, on one hand, the *relevance* of the activity to their practice, and on the other, its *presence*, that is, to what extent they considered the activity to be prevalent (or valued) within their service. The second component, used to determine the level of advancement of integration, was a validated grid that positioned 40 activities (out of the 89 integrative activities) considered the most significantly representative of the four *phases* of the process (10 activities per *phase*) (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009). The third component consisted of 10 multiple choice and short answer questions added to the survey to capture information on sociodemographic variables.

The *DMIC* had to be translated from English into French. Adopting Vallerand's (1989) cross-cultural validation approach, we translated the instrument and adapted it culturally for use in the Quebec context. We followed the standard methodological process of translation by two professional translators, consensus by a review committee, determination of conceptual equivalence by three expert groups, and a pre-test with nurses. *KR-20* internal consistency analyses (Cronbach's alpha used for dichotomous variables) showed significant consistency across the 89 activities (*KR-20* relevance: 0.932, presence: 0.955), the nine dimensions (*KR-20*

relevance ranging from 0.9 to 1; presence ranging from 0.5 to 0.8), and the four *phases* of development (*KR-20* ranging from 0.6 to 0.7).

**Data collection process:** The researcher hand-delivered to each potential respondent identified (n = 200) a kit containing an information letter, the three-part questionnaire, an information pamphlet on ethical considerations, and a stamped return envelope. The information pamphlet explicitly stated that voluntary, anonymous return of the questionnaire constituted consent to participate in the research. To maximize response rate, reminders were provided two, three, and four weeks later, by telephone and directly within units.

**Data analysis:** To address the first objective, we used descriptive statistics consisting of percentages and averages to examine concurrently the *relevance* and *presence* of the 89 activities. As set out in the model, an activity was considered relevant and/or present if at least 60% ( $\geq 60\%$ ) of participants answered 'yes' to the corresponding statement. For an activity to be considered present, it must first have been considered relevant. A given dimension was considered prevalent if 60% or more of the activities associated with it were present. To address the second objective, descriptive statistics consisting of percentages and averages were used to determine the level of integration. According to the instrument for determining the development *phase*, a given *phase* has been reached when the score of activities considered significant for that *phase* is equal to or greater than seven out of 10 activities (score  $\geq 70\%$ ) (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009). Descriptive and *ANOVA* variance analyses were conducted to produce the respondent profile and to examine associations between perceptions of activity presence and different variables, including participants' role, education, practice location, and work shift.

#### 4.1.6. Results

**Sample description:** Of the 200 questionnaires distributed, 107 (n = 107; 54%) were returned by the participants and used in this study. A high percentage of participants were women with mainly clinical responsibilities, who worked days and were university trained. The practice locations represented were the CH, the CLSC, the CHSLD, FMGs, ambulatory centers (including outpatient clinics), and the palliative care center (table XII).

Tableau XII. Characteristics of the sample

Variables	Indicators	Staff (n)	%
Population/pathway	ASE	35	32.7
	MHS	28	26.2
	POS	24	22.4
	COPD	20	18.7
	Total	107	100
Role/function	Clinical*	85	79.4
	Management**	22	20.6
Education	Post-secondary	34	31.8
	University - undergraduate	73	68.2
	University - master's	8	7.5
	Total	107	100
Work shift	Day	88	82.2
	Night	18	16.8
	Rotation	1	0.9
	Total	107	100
Practice location	CH	41	38.3
	CLSC	26	24.3
	CHSLD	20	18.7
	FMG	5	4.7
	Ambulatory care center***	13	12.1
	Palliative care center	2	1.9
	Total	107	100

\* Nursing assistant, technician, nurse clinician, counselor, nurse navigator, liaison nurse, nurse practitioner

\*\* Manager, director, coordinator, head nurse, assistant head nurse

\*\*\*Refers to care and treatment provided in hospital for 12 hours or less, such as consultations, support services, or ambulatory care treatments (e.g. day medicine, day surgery).

**Prevalence of integrative activities:** Of the 89 activities in the model, participants assessed 87 to be relevant, across all pathways. The two activities assessed as non-relevant were ‘gathering financial performance data of the care chain’ (COPD) and ‘reaching agreements among care partners on discharge planning’ (POS). However, the percentage of prevalence of activities varied considerably from one pathway to another. Table XIII shows this percentage for each dimension by pathway.

Tableau XIII. Prevalence of integrative activities

<b>Pathway</b>	<b>ASE</b>	<b>MHS</b>	<b>POS</b>	<b>COPD</b>	<b>Total</b>
<b>% Activities present</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Dimension</b>					
Patient-family centered care	77.8*	66.7*	88.9*	44.4	66.7*
Delivery system	61.1*	44.4	88.9*	16.7	50.0
Performance management	37.5	12.5	43.8	18.8	25.0
Quality of care	60.0*	60.0*	60.0*	60.0*	60.0*
Result-based learning	75.0*	25.0	75.0*	33.3	41.7
Interprofessional teamwork	100*	66.7*	100*	100*	100*
Roles and tasks	62.5*	25.0	75.0*	37.5	50.0
Commitment	72.7*	9.1	72.7*	18.2	27.3
Transparent entrepreneurship	28.6	14.3	57.1	28.6	42.9
<b>Prevalent dimensions</b>	<b>N = 7/9</b>	<b>N = 3/9</b>	<b>N = 7/9</b>	<b>N = 2/9</b>	<b>N = 3/9</b>
<b>Prevalent activities</b>	<b>N = 54/89</b>	<b>N = 28/89</b>	<b>N = 64/89</b>	<b>N = 27/89</b>	<b>N = 40/89</b>

\*Dimensions prevalent in the pathway.

As perceived by the nurses, more activities were present in the ASE and POS pathways, 54 and 64/89 respectively, than in MHS (28/89) and COPD (27/89). No pathway showed a prevalence of all nine dimensions. Two pathways (ASE and POS) showed seven prevalent dimensions out of nine, while MHS was limited to three and COPD to only two. ‘Quality of care’ and ‘interprofessional teamwork’ were the only two dimensions prevalent in all four pathways. The ‘patient-family centered care’ dimension was prevalent in three pathways (SAE, MHS, and POS); ‘delivery system’, ‘roles and tasks’, ‘commitment’, and ‘result-based learning’ were prevalent in two pathways (ASE and POS), while ‘performance management’ and ‘transparent entrepreneurship’ were absent from all four. Two-way *ANOVA* variance analyses—on pathways (inter-subject factor) and dimensions (intra-subject factor)—showed significant interaction between dimension and pathway factors (table XIV). In short, there is a significant percentage difference in “presence” between prevalent and non-prevalent dimensions, and the degree of difference depends on the care pathway.

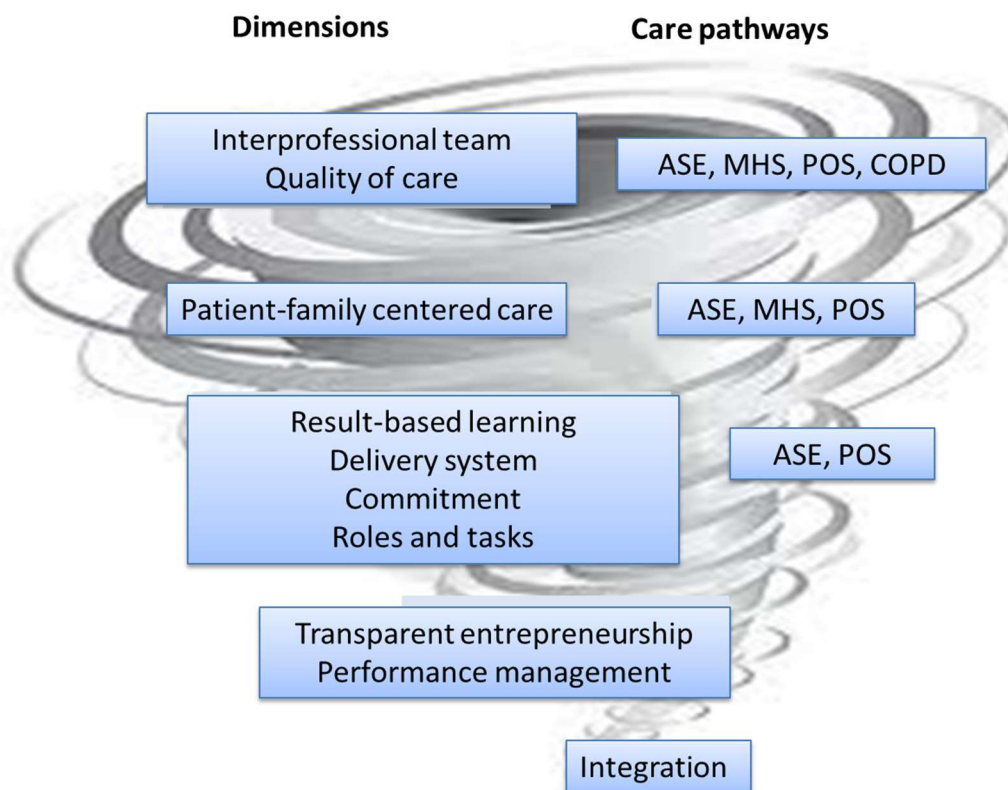
Tableau XIV. Interaction between dimension and pathway factors

Source		Degrees of freedom	Fisher	p-value
dimension	* Assumed sphericity	24	1.632	0.029
pathway	Greenhouse-Geisser	17.935	1.632	0.048
	Huynh-Feldt	19.755	1.632	0.041

Figure 11 presents the prevalent dimensions as they correspond to care pathways, mapped onto the diagram illustration of Minkman’s (2011) model presented in figure 10 above. Dimensions that have only reached *Phase 1* are situated at the widest segment of the spiral; they are present within all care pathways and represent the most accessible level of integration

mechanisms. Conversely, at the narrowest extremity of the spiral are the dimensions assessed as non-prevalent in all pathways, which thus constitute the least accessible, or most complex, level of integration.

Figure 11. Prevalent dimensions according to care pathways



One-way analyses of variance were performed on sociodemographic data in relation to *presence* scores for each integrative activity. These analyses showed a statistically significant association for a threshold of 5% between *presence* scores, the role variable ( $p < 0.001$ ), and practice location ( $p < 0.05$ ). A non-significant association between *presence* scores and education and work shift variables was also detected. Furthermore, the analyses showed that nurses in management roles (manager, coordinator, director, assistant) identified on average a

significantly higher percentage of *present* activities than did those with more clinical functions (nursing assistant, technician, clinical practitioner, counselor, nurse navigator) ( $p < 0.001$ ) (table XV). Similarly, tertiary care nurses identified significantly more *present* activities than primary and secondary care nurses.

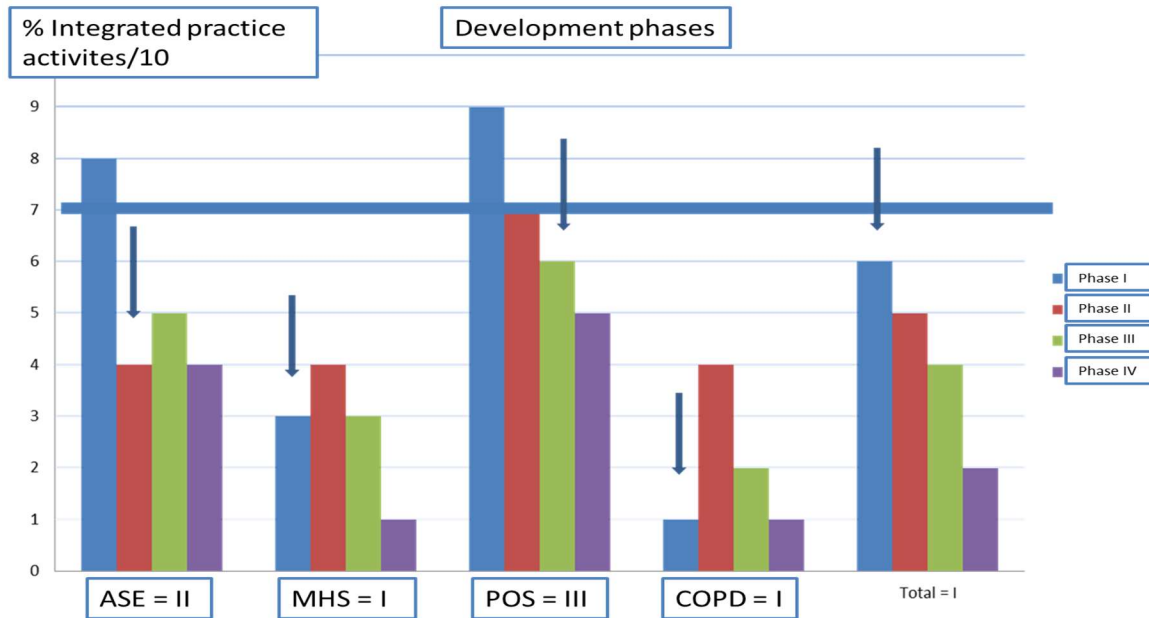
Tableau XV. Significance of presence scores according to sociodemographic data

One-way ANOVA results					Levels comparisons			
Variables	N	%	Fisher	p-value	Levels	Diff	Values	p-value
Roles	106	99.0	17,937	< 0.001	Manager (I)	I-J	0.195	< 0.001*
					Nurses (J)			
Practice location	106	99.0	4,747	0.011	Primary (I)	I-J	-0.021	1.000
					Secondary (J)	I-K	-0.156	0.011*
					Tertiary (K)	J-K	-0.135	0.037*
Education	106	99.0	1.743	0.190	Post-secondary (I)			
					University (J)			
Work shift	105	98.1	0,557	0.457	Day (J)			
					Night(N)			

\* Represents  $p < 0.05$

**Level of advancement of integration process:** Figure 12 shows, for each care pathway, the number of activities present among the 10 activities characterizing each development *phase* (table XVI). MHS and COPD are seen to be still only in *Phase I*. With scores of 30% and 10% of activities present respectively, they do not meet the 70% threshold needed to progress to the next *phase*. ASE had completed *Phase 1* (80% score), but remained in *Phase 2* (40% score), and POS had reached *Phase 3* (60% score), having completed *Phases 1* (90% score) and *2* (70% score).

Figure 12. Assessment of development phase



#### 4.1.7. Discussion

The results of this study—whose objectives were to determine the extent to which nursing interventions converge with the requirements of greater integration of care and services and the extent to which nursing practices reflect convergent or divergent *phases* of development of the integration process in different care pathways—reveal that the efforts invested over recent years in Quebec’s health network have been slow to manifest at the level of nursing practices. Although nurses confirmed that 98% of the integrative activities proposed by Minkman, Ahaus, Huijsman (2009) are relevant to their practice, only 40% of these activities were assessed as being actually present in their practice environments. Despite the low percentage of present activities, certain dimensions that would denote the integration of care were more prevalent than others within the pathways



Tableau XVI. Integrative activities representing development *phases*

	<i>ASE</i>	<i>MHS</i>	<i>POS</i>	<i>COPD</i>	<b>The integrative activities determining the <i>phases</i> of development</b>
<i>Phase 1</i>	X	X	X		2a: Reaching agreements on referrals and the transfer of clients through the care chain
	X	X	X		2d: Reaching agreements on procedures for the exchange of client information
	X		X		5b: Evaluating the services provided in collaboration with care partners
	X	X	X	X	6a: Defining with the care partners the patient-family group targeted by the care continuum
	X		X		8a: Defining the collaboration objectives in the care continuum
	X		X		8c: Ensuring leadership commitment from the care partners in the care continuum
	X		X		8d: Describing the roles and responsibilities of the leaders and coordinators in the care continuum
			X		8e: Formalizing the interdependency links between care partners and healthcare establishments
	X		X		9a: Committing together to achieving the clinical objectives targeted by the care continuum
			X		8b: Signing collaboration agreements between care partners
<i>Phase 2</i>		X	X	X	2h: Using common care and treatments plans across the entire care continuum
		X	X	X	2p: Using one or more specialized nurses to provide services in the care continuum
	X	X	X	X	4d: Respecting evidence-based practice standards
	X	X	X	X	6b: Working in interdisciplinary teams
	X		X		7b: Making adjustments as needed to the roles of the various care partners
	X		X		7c: Ensuring care partners know each others' roles and responsibilities
					7f: Encouraging partner meetings on the whole care continuum
					3g: Following up on results obtained while developing the care continuum
					2m: Agreeing on leave plans among care partners
					3d: Gathering information on continuum logistics (e.g. patient traffic, wait times, delays) within the continuum
<i>Phase 3</i>	X	X	X		1c: Determining the client-family's required care plan (ITP and IIP) with the care partners
	X	X	X	X	1f: Adjusting services throughout the care continuum to respond to specific patient-family needs
	X		X		2e: Accessing the databases of all care partners in the care continuum

<i>Phase 4</i>	X		X		3i: Ensuring follow-up of all accident/incident reports related to the care continuum
	X	X	X	X	5j: Accessing training programs and learning opportunities for care partners
			X		5l: Promoting exchanges among care partners to make innovations in services provided in the care continuum
					3j: Applying a systematic method to evaluate approaches used (e.g. care delivery) and results obtained
					7g: Agreeing on how to introduce and incorporate new care partners into the care continuum
					4e: Ensuring that client representatives participate in care continuum performance evaluations
					3m: Demonstrating to care partners the effect of the continuum on the care provided
	X		X		3i: Ensuring follow-up of all accident/incident reports related to the care continuum
	X		X		5e: Sharing knowledge among care partners on effective organization of services in the care continuum
			X		5h: Offering incentives to care partners to encourage them to achieve quality objectives
	X	X	X	X	5j: Accessing training programs and learning opportunities for care partners
	X		X		8h: Reaching agreements on each care partner's specific areas of care (who does what)
				9g: Having a single block of funding to distribute across the continuum of care	
				5k: Sharing with care partners the results of achieving continuum objectives	
				8k: Meeting external stakeholders: government agencies, community organizations, etc.	
				1i: Using standardized care protocols (e.g. systematic follow-up) adapted to client groups with specific needs	
				9c: Agreeing on setting up a financial budget for the care continuum	

‘Interprofessional teamwork’ and ‘quality of care’ were prevalent and convergent in the four pathways examined, and ‘patient-family centered care’ was prevalent in three pathways. These three dimensions’ stronger prevalence could be due to the increased emphasis placed in recent years on the concepts of collaboration and partnership in intra- and interprofessional teams (D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault, 2008), as well as on the

concepts of quality of care and patient-centered care (Lefebvre et Levert, 2010 ), both in nurses' initial and continuing education and in the vision of nursing promoted in the organization. With regard to the 'interprofessional teamwork' dimension, all stakeholders have come to recognize that interdisciplinarity is essential to improve accessibility and quality of care and services, clinical outcomes, financial results, staff retention, user satisfaction, and patient safety (Lo, 2011; Thornhill, Dault et Clements, 2008). In fact, numerous specific initiatives have been launched within organizations to strengthen this dimension. One example is the large-scale, mandatory implementation of the Therapeutic Nursing Plan (TNP) and the Interdisciplinary Intervention Plan (IIP), which provide tools to facilitate collaborative relationships, exchange, and consultation among healthcare professionals (Leprohon et Lessard, 2006). Such mechanisms for interdisciplinary collaboration are instrumental in supporting integrated care, as they enable cooperation and sharing of vision not only between nurses, but also between nurses and other professionals or managers.

The 'quality of care' dimension has also received increased attention in recent years, as reflected in a number of quality assurances mechanisms, including the user complaint review system, the ombudsman role, risk management programs, accreditation systems, and coroner investigations into the circumstances of certain deaths. Ministerial directives, on the other hand, govern the application of certain interventions, such as the use of restraints, isolation, or chemical measures (Ministère de la santé de la Santé et des Services sociaux, 2014).

The 'patient-family centered care' dimension was prevalent in three pathways. The complexity of certain health situations calls for the mobilization of care and services from a

variety of partners as well as from patients and families themselves. The trend now is to offer integrated care and services in partnership with the patient and family, so they can take an active role, inasmuch as they are able, in decisions affecting them. The prevalence of this dimension in three pathways can be explained by a growing, although undoubtedly still insufficient, integration of this approach into clinical settings based on partnership with patients and their families. A survey of Quebec initiatives in this area shows an increasingly active participation of ‘partner’ patients and their families in clinical team meetings, training in illness management and treatment, development of care plans and IIPs, and even in the training of health professionals (Deschênes, Jean-Baptiste, Matthieu, Mercier, Roberge et St-Onge, 2013).

The ‘commitment’, ‘roles and tasks’, ‘delivery system’, and ‘result-focused learning’ dimensions, all of which are also important to a care integration process, were not assessed as prevalent in the MHS and COPD pathways, in contrast to the ASE and POS pathways. Considering these results, we could hypothesize that, given the nature of these dimensions, actualizing them might require that the integration project had achieved a certain maturity and level of advancement. The pathways for which these dimensions were not prevalent were positioned at less advanced *phases* of development. In these two pathways, commitment, role clarification, result-based learning, and implementation of a care delivery system may have been hampered by inadequate knowledge of the changing nature of team work, delays in setting up the tools and structures needed to meet integration objectives, recurrent problems with information systems and accountability mechanisms, or even just the time needed for actors in the health network to adjust to these professional and organizational changes.

The 'transparent entrepreneurship' and 'performance management' dimensions, on the other hand, converged. They were not prevalent in any of the care pathways studied. We concluded that these dimensions had more to do with notions of functional integration, which, according to Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez (2001), combines financial, information, and network management systems comprehensively to create the shared governance required to coordinate integrated clinical teams' practices and operations. Even though the nurses generally recognized the relevance of activities associated with these dimensions, they did not identify them as being present in their settings. It could be that the integration process had not reached the level of advancement needed for effective implementation of activities related to these dimensions, or perhaps that not enough resources had been invested to support such activities. Presumably the nurses knew less about, and therefore engaged less in, practices corresponding to these dimensions because these activities were further removed from clinical practice or were more complex. In this respect, it should be noted that nurses in this study who had management roles indicated the presence a significantly higher number of integrative activities than did those in clinical roles. Many clinical nurse participants said they were not familiar with the concepts and notions underlying integration, which they saw as belonging more in the management arena. They indicated they were not very aware of the principles of integration. None of the nursing assistants invited to participate in the study completed the questionnaire, as they said they did not feel they were involved in the subject of integration. The 'theory of bureaucratic *caring*' (Ray et Turkel, 2012) is an attempt to bring management and clinical functions closer together; as such, the contemporary view of practice stresses the importance of partnership and of consistency in the views and language of care providers, service managers, and administrators.

Taken together, these results reaffirm the conclusions reached in the literature to the effect that the practice changes required for service integration occur slowly and sometimes even with difficulty (Fleury, Grenier et Ouadahi, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010; Minkman, 2012). Some authors have highlighted the difficulty of implementing case management systems or population-based chronic illness management systems, as compared with implementing specific clinical interventions such as clinical practice guidelines (Hung, Rundall, Tallia, Cohen, Halpin et Crabtree, 2007; Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007), or the challenges of implementing initiatives to harmonize practices, which require time, adaptation, and open-mindedness (Richard, 2006). Other studies have shown the problems involved in coordinating work between organizations (Richard, 2006), or in implementing new interventions that are in sharp contrast to the silos in which organizations and professionals currently operate. One study on nursing resource utilization models and scope of nursing practice suggested that nursing resources are generally under-utilized in organizations and that certain key dimensions of the nursing profession are frequently under-utilized, such as communication and coordination, quality of care, and the updating and application of knowledge (Dubois et D'Amour, 2012). This would appear to be due, in part, to the fact that nurses are not always prepared, professionally or personally, to contend with the challenges presented by changes in service organization (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010; D'Amour, Tremblay et Bernier., 2007; Kathol, Butler, McAlpine et Kane, 2010; Sterling, Chi et Hinman, 2011; Walker, 2011).

Despite healthcare organizations' investments over recent years in efforts to increase integration, this study's findings showed that, from a nursing perspective, the care pathways

were generally still only in the preliminary *phases* of developing integration processes. The MHS and COPD pathways were at the least advanced level of integration, i.e., *Phase I* (initiative and design). These pathways had gotten off to a slower start and were still in the process of conceptualizing service organization and developing collaborative agreements with other settings. In the MHS pathway, for example, few interprofessional collaboration mechanisms had been developed in the hospital's psychiatry unit, as opposed to the very active collaboration mechanisms already operating at the primary and secondary service levels. For the COPD pathway, which was at the very beginning of its development, no agreements had yet been reached on structural, organizational, and professional procedures for integration among the settings encompassed by the HSSC, such as the COPD clinic, the inpatient medical unit, the FMGs, and the CLSC. There was still no clear understanding regarding how the pathway was to be organized and what each partner would contribute. Also, the Ministry guidelines were not as directive, nor as clearly laid out, as they were, for example, for the POS pathway. The ASE pathway, although in *Phase 2* (experimentation and execution), was also relatively little advanced. Procedures for collaboration and coordination were still unclear. The slow progress in getting this pathway started may have been due to long-standing and deeply entrenched practices, as well as to certain stakeholders' resistance to change.

The POS pathway was the only one whose integration was relatively more advanced, i.e., at *Phase 3* (expansion and monitoring). It showed continuous development and a certain maturity of the care continuum, especially with regard to innovation and the pursuit of improved outcomes (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009). This level of advancement can be explained by key developments that included the implementation of a provincial cancer

program (Latreille et Paquet, 2013) and the introduction of nurse navigators and a nurse assigned to palliative care. These new roles were dedicated to integrative activities, such as: participating actively in the interdisciplinary approach and collaborating on the development and implementation of interdisciplinary intervention plan; ensuring continuity of care; serving as a resource for clients, families, and practitioners; directing patients and staff toward other professionals on the interdisciplinary team, as required; and guiding patients through the network (Levesque-Boudreau, 2008). There is widespread agreement in the literature that these recent roles, and others being developed, are having a very significant impact on care integration.

Another conclusion drawn from the results of this study was that the integrative activities were divergent in terms of their pace of progress (table XVII). Activities corresponding to the ‘quality of care’ and ‘patient-family centered services’ dimensions were prevalent for the pathways that had achieved at least *Phase I* in their development (except for ‘patient-family centered services’, which was not prevalent for COPD). It is reasonable to assume that these dimensions would begin to take shape more quickly or efficiently than the others at the start of any integration project and, as such, would lay the foundations for such projects. This might be because nurses have more knowledge and skills related to these dimensions, or because there are better integrated organizational procedures in place that encourage their prevalence.

The ‘roles and tasks’, ‘commitment’, ‘delivery system’ and ‘result-based learning’ dimensions were prevalent for the care pathways that had reached at least *Phase 2* in their development, i.e., POS and ASE.



Tableau XVII. Dimensions and phases

<i>Phase 1</i>	Quality of care Interprofessional teamwork Patient-family centered services
<i>Phase 2</i>	Result-based learning Delivery system Roles and tasks Commitment
Absent dimensions	Performance management Transparent entrepreneurship

These findings indicate the scope of investment required to ensure nursing practice is aligned with the requirements of service integration. Investments in basic and continuing education would raise awareness and help prepare nurses and other stakeholders, regardless of status or function, to cope with the requirements associated with developing the integration process in relation to emerging professional practices. Such training should cover a variety of topics of interest, in order to develop knowledge and skills in teamwork, problem solving, conflict resolution, communication, and leadership (D'Amour et Oandasan, 2005). It would also be important to create a working environment and procedures that reinforce the interdisciplinary approach, which is the primary objective of professionals working together in integrated teams (Minkman, 2012). In addition, nurses need to assume responsibility for activities related to the 'performance management' and 'transparent entrepreneurship' dimensions. Nurses appear not to be very interested in aspects of functional integration that nevertheless affect organizational factors (economic, political, technical, and legal) and could have an impact on the provision of patient-family centered care.

The study setting presented organizational and professional characteristics similar to those found in all HSSCs in Quebec, which suggests that the results would be transferable to other settings. Studying four different care pathways situated at different *phases* of development provided an opportunity to validate the measurement instrument while also contributing to a better understanding of the integration process from a nursing perspective. Nevertheless, two key limitations should be kept in mind when interpreting the results of this study. The first is the size of the sample, which was 107 participants. The small number of staff from each pathway or in different respondent groups (e.g. by training) limited our ability to perform certain analyses that might have added to the results. Still, when using corrected data (n = 200, questionnaires sent) rather than raw data (n = 107, questionnaires completed), applying a hypergeometric distribution at a 95% threshold, with a unilateral left-sided confidence interval providing a true minimal value, the results are the same, with the POS pathway positioned at a more advanced *phase*, the ASE pathway at an intermediate *phase*, and the MHS and COPD pathways at a less advanced *phase*. The second limitation involves the fact that the study was concentrated in a single establishment, such that we cannot make assumptions regarding the generalizability of the results, even if the selected establishment is dealing with the same challenges facing all the others. Moreover, while this study focuses on enriching our understanding of the nursing perspective, a research approach taking into account the perspectives of a wider spectrum of actors (other disciplines and professions, as well as managers) might lead to an even deeper understanding of issues underlying integration.

In short, it would be valuable for future studies to apply the measurement instrument to a greater number of nurses, to a range of interdisciplinary team members, including medical

staff, professionals, and managers, as well as to a range of establishments and care pathways, to ensure theoretical validation of results, to further develop integration concepts and development mechanisms, to widen the scope of results, and to track the evolution of integration projects within organizations.

#### **4.1.8. Conclusions**

Even with the above-mentioned limitations, this study revealed a gap between the evolution of nursing practice and the introduction of changes aimed at increasing service integration. A significant portion of the activities needed to support service integration are not being implemented in nursing practice. Thus, certain essential dimensions are absent in some pathways or are being adopted at a slower pace than in others, such that some pathways are not very advanced in the integration process. These results suggest that particular efforts should be made to support the development and coordination of care pathways and the renewal of nursing practice in a service integration context. These investments should concentrate on, among other things, support for standard practices geared toward integration; financial and human resources dedicated to new positions or key functions for the development of structural or organizational integration mechanisms; development of a cross-cutting vision of integration shared by the management teams of the various service-programs; and growth of a continuous learning and training culture centering on collaborative approaches, interdisciplinarity, and information-sharing mechanisms.

## **Abbreviations**

ASE: autonomy support for the elderly (*SoAu: soutien à l'autonomie*);  
CCM: *Chronic Care Model*;  
CH: hospital;  
CHSLD: residential and long-term care center;  
CLSC: local community services center;  
COPD: chronic obstructive pulmonary disease (*Mpoc: Maladies pulmonaires obstructives chroniques*);  
FMG: family medicine group;  
HSSC: health and social services center;  
ISN: integrated services network;  
LSN: local services network;  
MHS: mental health services (*SaMe: Santé mentale*);  
MSSS: Ministry of Health and Social Services; IIP: interdisciplinary intervention plan.  
POS: palliative oncology services (*PaOn: soins palliatifs/oncologiques*);

## **Competing interests**

The authors have no competing interests

## **Authors' contributions**

CL conceived the study, collected, analyzed and interpreted the data, and wrote the first draft of the paper.

CAD contributed to the design of the study and to analysis and interpretation of the data, and commented on drafts of the paper.

Both authors read, revised, and approved the final manuscript

## **Acknowledgements**

The authors thank the Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI) for its financial support.

## **4.1.9. References**

Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914. doi: 10.1001/jama.288.15.1909
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & Von Korff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791-820. doi: 10.1111/1475-6773.00049
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3201>
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199. doi: 10.3917/spub.082.0191
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52. Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf)
- Côté, G., Lanctôt, C., & Rheault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 10-722-01). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf>.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188-201. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessionnal education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L.

- Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 273-287). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré sur le site du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Réseau Universitaire intégré de santé. Repéré à [http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf).
- Dubois, C.-A., & D'Amour, D. (2012). *Renouveler l'organisation des soins infirmiers pour soutenir la pratique professionnelle*. Communication présentée XVIIe Colloque de CII-CIR Montréal. QC. Repéré à [http://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque\\_cii\\_2012/Jour\\_1\\_13h30\\_CADubois\\_DDamour.pdf](http://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2012/Jour_1_13h30_CADubois_DDamour.pdf)
- Epping-Jordan, J.-E., Pruitt, S.-D., Bengoa, R., & Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qualitative Safety Health Care, 13*, 299-305. doi: 10.1136/qshc.2004.010744
- Fleury, M.-J., Grenier, G., & Ouadahi, Y. (2007). Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en oeuvre. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 159-178). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Gendron, C., Gagnier, J.-P., & Plante, A. (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie - Avis - Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC)*. Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695).
- Hung, D. Y., Rundall, T. G., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, H. A., & Crabtree, B. F. (2007). Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly, 85*(1), 69-91. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00477.x

- Juhel, A., & Anctil, H. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien* (n° 04-710-01). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>.
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 511-518. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0
- Lamarche, P. A. (2011). Comment va le système de santé québécois ? *Revue Vie Économique*, 3(1), 1-8. Repéré à <http://www.eve.coop/?a=115>
- Lamarche, P. A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92
- Latreille, J., & Paquet, L. (2013). *Ensemble en réseau pour vaincre le cancer. Plan directeur en cancérologie 2013-2015*. Laval, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction québécoise de cancérologie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>.
- Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *HealthcarePapers*, 1(2), 13-35. doi: 10.12927.hcpap..17216
- Lefebvre, H., & Levert, M.-J. (2010 ). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. Communication présentée 5es Journées de la prévention. Saint-Denis, France. Repéré à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>
- Leprohon, J., & Lessard, L.-M. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions de l'infirmière. Application de la Loi 90*. (n° 2-89229-402-9). Montréal. Qc: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. repéré à [http://www.oiq.org/sites/default/files/222\\_doc\\_0.pdf](http://www.oiq.org/sites/default/files/222_doc_0.pdf).
- Levesque-Boudreau, D. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie. Comité consultatif des infirmières en oncologie. Direction de la lutte contre le cancer*. Québec, Qc.: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2034490>.

- Levesque, J.-F., Benigeri, M., & Labbé, A.-M. (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé : résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*. Laval, QC: Commissaire à la santé et au bien-être. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/CWF/CSBE\\_ResultatsEnqueteInternationaleCWF2008.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/CWF/CSBE_ResultatsEnqueteInternationaleCWF2008.pdf)
- Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., & Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/724-MaladiesChroniques.pdf>.
- Lo, L. (2011). *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé: Une analyse documentaire*. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients. Repéré à <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *L'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans les établissements*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/ca/formations/amelioration-continue-qualite.php>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004a). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 04-009-08). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux* (n° 10-717-02F). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>.



- Minkman, M. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. (Doctoral thesis, Erasmus University, Pays-bas). Repéré à [http://www.vilans.nl/docs/vilans/over\\_vilans/pdf/Proefschrift\\_Mirella\\_Minkman\\_Developing\\_Integrated\\_Care.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf)
- Minkman, M. (2012). The current state of integrated care: an overview. *Journal of Integrated Care*, 20(6), 346-358. doi: 10.1108/14769011211285147
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbriotti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: Results of a Delphi and concept mapping study. *International Journal on Quality in Health Care*, 21(1), 66-75. doi: 10.1093/intqhc/mzn048
- Minkman, M., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2009). A four *phase* development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9, 42-52. doi: 10.1186/1472-6963-9-42
- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care: The empirical validation of the Development Model for Integrated Care. *BMC Health Services Research*, 11, 177-187. doi: 10.1186/1472-6963-11-177
- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2013). A survey study to validate a four *phases* development model for integrated care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 13(1), 214. doi: 10.1186/1472-6963-13-214
- Provan, K. G., Nakama, L., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N., & Huddleston, C. (2003). Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Education & Behavior*, 30(6), 646-662. doi: 10.1177/1090198103255366
- Pruitt, S., Annandale, S., Epping-Jordan, J., Fernandez Diaz, J., Khan, M., Kisa, A., . . . Wagner, E. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques, Rapport mondial*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la santé. Repéré à <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccfrench.pdf>.
- Pruitt, S., & Epping-Jordan, J. (2008). Préparer les professionnels de la santé à relever le défi des maladies chroniques [Numéro spécial]. *Diabetes Voice*, 53, 38-41. Repéré à [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/Preparer\\_les\\_professionnels\\_de\\_la\\_sante\\_a\\_relever\\_le\\_defi\\_des\\_maladies\\_chronique.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/Preparer_les_professionnels_de_la_sante_a_relever_le_defi_des_maladies_chronique.pdf)

- Ray, M.-A., & Turkel, M.-C. (2012). A Transtheoretical Evolution of *Caring Science* within Complex Systems. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 28-49.
- Richard, M.-C. (2006). *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et de Services Sociaux : Recension des écrits-Sommaire et Résumé* (n° 06-09). Montréal, QC: Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. Repéré à [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf\\_transversal/Cahier06\\_09.pdf](http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/Cahier06_09.pdf). Repéré à [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf\\_transversal/Cahier06\\_09.pdf](http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/Cahier06_09.pdf)
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000b). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). *Improving care people with long-term conditions: A review of UK and international frameworks*. University of Birmingham, UK: Institute for Innovation and Improvement. Health Services Management Centre. repéré à <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/long-term-conditions.pdf>.
- Slama-Chaudhry, A., Gaspoz, J.-M., Schaller, P., & Raetzo, M.-A. (2008). Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente. *Revue Medicale Suisse*, 4(172), 2040-2043. Repéré à <http://rms.medhyg.ch/numero-172-page-2040.htm>
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating Care for People with Co-occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 338-349. Repéré à <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh334/338-349.htm>
- Thornhill, J., Dault, M., & Clements, D. (2008). Ready, Set... Collaborate ? The Evidence Says "Go", So What's Slowing Adoption of Inter-professional Collaboration in Primary Healthcare ? *Healthcare Quarterly*, 11(2), 14-16. doi: 10.12927/hcq.2008.19609
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856

- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4. Repéré à [http://www.acponline.org/clinical\\_information/journals\\_publications/ecp/augsep98/cdm.htm](http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/augsep98/cdm.htm)
- Wagner, E. H., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. doi: 0.1377/hlthaff.20.6.64
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*, 7(3), 56-66.
- Walker, D. (2011). *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*. Belleville, ON: Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Repéré à [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker\\_2011/walker\\_2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker_2011/walker_2011.pdf).

## 4.2. Article 2. Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being<sup>10</sup>

Caroline Longpré<sup>11</sup>, Carl-Ardy Dubois<sup>12</sup>, Eric Tchouaket Nguemeleu<sup>13</sup>

### 4.2.1. Abstract

**Background:** To respond better to population needs, in recent years Quebec has invested in improving the integration of services and care pathways. Nurses are on the front lines of these transformation processes, which require them to adopt new clinical practices. This updating of practices can be a source of both satisfaction and stress. The aim of this study was to gain a better understanding of the relationship between the transformation processes underlying services integration and nurses' workplace well-being.

---

<sup>10</sup> Longpré, C., Dubois, C.-A., & Nguemeleu, E. T. (2014). Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *BMC Nursing*, 13(1), 50. doi: 10.1186/s12912-014-0050-x

<sup>11</sup> Doctoral candidate, nursing administration, University of Montreal. Fellow, Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI). Professor, Department of Nursing, University of Quebec in Outaouais. St-Jérôme Campus, 5 Saint-Joseph Street, Room 3212, Quebec, Canada J7Z 0B7.

Corresponding author [caroline.longpre@uqo.ca](mailto:caroline.longpre@uqo.ca)

<sup>12</sup> Thesis supervisor. Full Professor, Faculty of Nursing, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada.

<sup>13</sup> Professor, Department of Nursing, University of Quebec in Outaouais, St-Jérôme, Quebec, Canada.

**Method:** This study was based on a descriptive cross-sectional correlational design. The target population included all nurses working in four care pathways in a Quebec healthcare establishment: palliative oncology services, mental health services, autonomy support for the elderly, and chronic obstructive pulmonary disease. In all, 107 nurses took part in the study and completed a questionnaire sent to them. Hierarchical linear regression analyses were used to examine the relationship between level of integration, measured using *The Development Model for Integrated Care*; nurses' perceptions of organizational change, measured on four dimensions (challenge, responsibility, threat, control); and nurses' workplace well-being, measured on three dimensions (negative stress, positive stress, satisfaction), as defined by the *Flexihealth* model.

**Results:** Nurses in the palliative oncology care pathway, which was at a more advanced level of integration, presented a lower negative stress level and a higher positive stress level than did nurses in other care pathways. Their mean satisfaction score was also higher. More advanced integration was associated with nurses' feeling less threatened, as well as improved workplace well-being. The perception of threat appeared to be a significant mediating variable in the relationship between level of integration and well-being.

**Conclusion:** The association observed between level of services integration and workplace well-being contributes to a better understanding of nurses' experiences in such situations. These results provide new perspectives on interventions that could be implemented to remedy the potential negative consequences of these types of transformations.

**Keywords:** Workplace well-being, care and services integration processes, nursing practice, organizational and professional changes, perceptions of change

#### 4.2.2. Résumé en français

**Contexte :** Pour mieux répondre aux besoins populationnels, le Québec s'est engagé depuis plusieurs années dans le déploiement de TdeS et services mieux intégrés. Les infirmières sont touchées, au premier chef, par ces processus de transformation dont la mise en œuvre implique l'appropriation de nouvelles pratiques cliniques. Cette actualisation de la pratique peut constituer une source de satisfaction, mais aussi de stress important. Le but de cette étude est de mieux comprendre la relation entre les processus de transformation sous-jacents aux efforts d'intégration des soins et le bien-être au travail des infirmières.

**Méthode :** Cette étude s'appuie sur un devis corrélationnel descriptif transversal. La population ciblée est l'ensemble des infirmières œuvrant au sein de quatre TdeS d'un établissement de santé au Québec : soins palliatifs/oncologiques, Santé mentale, Soutien à l'autonomie, et Maladie pulmonaire obstructive chronique. Au total, 107 infirmières y ont participé en complétant le questionnaire qui leur a été acheminé. Des analyses de régression linéaire hiérarchique pas à pas ont été utilisées dans le but d'examiner la relation entre le niveau d'intégration des soins obtenu par le modèle de développement de l'intégration de soins (Minkman, 2011), la perception du changement organisationnel mesurée sur quatre dimensions (*défi, responsabilité, menace, contrôle*) et le bien-être au travail des infirmières mesuré sur trois

dimensions (stress négatif, stress positif et satisfaction) définies par le modèle *Flexihealth* (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004).

**Résultats** : Les infirmières œuvrant au sein de la TdeS palliatifs/oncologiques, située à un niveau plus avancé d'intégration, présentent un niveau de stress négatif plus faible et un niveau de stress positif plus élevé comparativement aux autres TdeS. La moyenne des scores de satisfaction y est aussi plus élevée. Plus l'intégration se situe à un niveau avancé, moins la perception de menace est ressentie et plus le bien-être au travail s'en trouve amélioré. La perception de menace est apparue comme une variable médiatrice significative dans la relation entre le niveau d'intégration et le bien-être.

**Conclusion** : L'association observée entre le niveau d'intégration des soins et le bien-être au travail contribue à une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les infirmières dans de telles situations. Ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives quant aux interventions à mettre en œuvre pour remédier aux conséquences négatives qui peuvent résulter de ce type de transformations.

**Mots-clés** : Bien-être au travail, processus d'intégration des soins et services, pratique infirmière, changements organisationnels et professionnels, perception des changements.

### 4.2.3. Background

To ensure better integration of care and services, Quebec's Ministry of Health and Social Services (MSSS) undertook extensive structural and organizational reform, beginning in 2003, that involved implementing a new service organization model based on the development of local service networks (LSNs) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004b, 2010). At the heart of each LSN is a health and social services centre (HSSC), created by merging local community health centres (CLSCs) with residential and long-term care centres (CHSLDs) and, in most cases, a hospital (CH). To fulfill their responsibility of ensuring accessibility, continuity, and quality of services for the populations they serve, HSSCs are organized into service programs that group together services and activities to meet the needs of specific populations or groups of persons with a common health or social services problem (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004b).

Several studies have highlighted the benefits associated with an integrated service approach, both for patients and for health system efficiency (Breton, 2009; Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodrigez, 2001; Côté, Lanctôt et Rheault, 2010; Davies, Goodman, Bunn, (...), Froggatt, 2011; Leatt, 2002b; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000b). However, few studies have explored the benefits of this approach for healthcare providers, or the relationship that might exist between the transformation processes underlying service integration efforts and providers' workplace well-being. In this article we examine this relationship by exploring nurses' perceptions of these processes.



On several levels, integration mechanisms show promise for addressing the many gaps in today's healthcare system, such as service fragmentation, among other things. However, implementing them is a major challenge for organizations, and particularly for nurses, who are among those most affected by these initiatives. Nurses need to meet the new requirements associated with these transformations by adjusting and updating their professional practice and developing new competencies (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault 2010; Cazale, Touati et Fleury 2007; Contandriopoulos, Denis, Touati, et Rodriguez, 2001). Some authors have suggested that a better-integrated healthcare system would be, for providers, a source of satisfaction, challenge, motivation, creativity, pride, and well-being (Breton, 2009; D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). Certain key integration mechanisms, such as interprofessional collaboration, working in networks or interdisciplinary teams (Kathol, Butler, McAlpine et Kane, 2010; Sterling, Chi et Hinman, 2011; Walker, 2011), the development of new forms of relationships or interactions within or between organizations (Lamothe, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010), and the introduction of new technologies or procedures better suited to the services provided (Goodwin, Perri, Peck, Freeman et Posaner, 2004), have been associated with new opportunities for nurses in terms of, for example, exercising clinical leadership and having greater professional autonomy (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). At the same time, some analysts have pointed out that certain elements that are symptomatic of poor integration, such as the lack of formal planning of services, low involvement of care providers in decision-making, philosophical differences related to care provision, or lack of support for collaborative practice, can be sources of stress for professionals (Fillion et Saint-Laurent, 2003).

Other studies have highlighted secondary impacts that can also be associated with integration, particularly with regard to the challenges involved in its implementation. The organizational changes involved in implementing an integrated system can be a source of anxiety and negative stressors that affect workplace quality of life. Occupational stressors associated with changing roles and responsibilities, with new requirements to be met, or with role ambiguities have been identified as sources of uncertainty, instability, conflictual relationships, emotional exhaustion, and anxiety (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007; Fillion, Desbiens, Truchon, Dallaire et Roch, 2011; Fillion et Saint-Laurent, 2003; Imbernon, 2008; Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger et Vallières-Joly, 2001; Shields et Wilkins, 2006). Over recent years, as Quebec's healthcare system has been restructured and services have been integrated, several studies have observed an overall decrease in nurses' job satisfaction (Armstrong-Stassen, Cameron et Horsburgh, 1996; Baumann, O'Brian-Pallas, Armstrong-Stassen (...) et Ryan, 2001; de Bonnières, Estryn-Behar et Lassaunière, 2010; Zangaro et Soeken, 2007), a rise in absenteeism, and increased psychological distress (Brami, Damart et Kletz, 2013; Randon, Baret et Prioul, 2011; Shields et Wilkins, 2006; Vandenberghe, Stordeur et D'Hoore, 2009). Thus, service integration processes can produce two types of emotional reactions: positive reactions associated with the perceived benefits and stimulating challenges inherent in these processes, and negative reactions associated with the destabilization, fears, and anxieties engendered by the same processes. The impacts on workers' well-being can manifest as stress or dissatisfaction when the demands of the environment exceed their personal resources or when changes in tasks or required competencies involve major adaptations (Lazarus et Folkman, 1984). The negative reactions often seen at the start of a change process, when destabilization occurs, might persist, but they might also give way to more

positive reactions or emotions as workers integrate new ways of working or begin to perceive benefits (Bareil, 2004; Collette, Delisle et Perron, 1997; Lazarus et Folkman, 1984; Lewin, 1967).

Despite the potential impacts on nurses' work experience and well-being of the change processes involved in implementing an integrated approach, to our knowledge no study has systematically examined the relationship between integration efforts, nurses' perceptions of the changes, and their workplace well-being. Our aim in this study was to analyze the relationship between the change processes underlying service integration projects and nurses' workplace well-being, by exploring nurses' perceptions of these processes. We explored three research questions:

1. What is the relationship between the level of care integration and nurses' perceptions of that integration process?
2. What is the relationship between the level of care integration and nurses' workplace well-being?
  - 2a) Is a more advanced level of integration associated with a reduction in nurses' negative stress on the job?
  - 2b) Is a more advanced level of care integration associated with an increase in nurses' positive stress on the job?
  - 2c) Is a more advanced level of care integration associated with an increase in nurses' job satisfaction?
3. Is the relationship between the level of care integration and nurses' workplace well-being mediated by nurses' perceptions of that process?

#### 4.2.4. Reference framework

The reference framework used for this study combines two models (figure 13). The first, *The Development Model for Integrated Care (DMIC)* (translated, adapted, and validated) (Minkman, 2011; Minkman, Ahaus, Fabbriotti, Nabitz et Huijsman, 2009), describes the integration process by measuring 89 integrative activities grouped into nine practice dimensions. It is used to determine the level of advancement of a care integration process by positioning it in one of the four following *phases*: 1) initiative and design; 2) experimentation and execution; 3) expansion and monitoring; or 4) consolidation and transformation of the integration project.

The second framework, the *Flexihealth* model (adapted and validated) (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004) was designed to analyze work situations that could potentially generate stress during change processes. Based on a transactional approach to professional stress and to its evaluation process (Lazarus et Folkman, 1984), it links organizational change (the development of integration mechanisms) with the perceptual assessment of this change and workplace well-being. The perceptual assessment of change was measured in terms of four dimensions: 1) *challenge*, which defines the extent to which the change is perceived as a challenge to overcome or an opportunity for development; 2) *responsibility*, which defines the extent to which the respondent perceives the organization to be responsible, or not, for the changes facing the workers; 3) *threat*, which defines the extent to which the change goes against the wishes of the respondent; and 4) *control*, which defines the extent to which the respondent feels empowered to modify the course of events.

Workplace well-being was operationalized using three constructs: negative stress, positive stress, and satisfaction. Negative stress, considered unhealthy, arises when individuals consider that the adaptation efforts required by their environment exceed their capacities and endanger their well-being (Lazarus et Folkman, 1984), whereas positive stress represents a form of positive stimulation from the person's work. Job satisfaction can manifest in various forms: overall, toward the organization, toward the job, or even just toward certain aspects of the job, such as the remuneration, one's colleagues, etc. (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). It is often considered to be the result of how the person assesses his job. A positive assessment or positive emotional reaction associated with the job will produce a certain level of job satisfaction, according to the person's work experiences and expectations (Igalens, 1999).

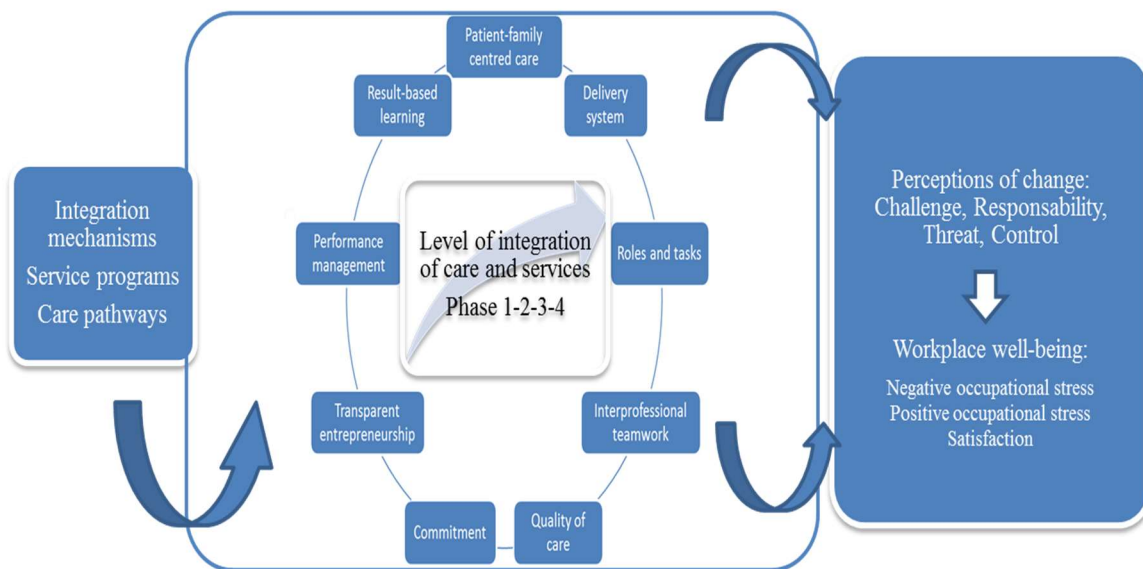
#### **4.2.5. Methods**

**Research design:** We used a descriptive cross-sectional correlational design (Fortin et Gagnon, 2016) to analyze the relationships between level of integration and nurses' workplace well-being, taking into account variables of perception.

**Study process:** The study was conducted in an HSSC located in a semi-urban setting where the population was rising dramatically and becoming increasingly older. Since 2003, most HSSCs have been structured organizationally around service programs tailored to specific problems such as aging-related loss of autonomy, physical disabilities, intellectual disabilities and pervasive developmental disorders, youth in difficulty, addictions, mental health disorders, or physical health problems. Based on this organizational model, which had been implemented

in the establishment under study, integrated care pathways were developed that were tailored to the growing needs of their clientele in a context of professional human resources shortages. As such, this HSSC presented a relevant laboratory for this study, as it was representative of a series of challenges facing HSSCs in Quebec as they strive to carry out their mandate to develop organizational models that will lead to better integrated care.

Figure 13. Reference framework, article 2



Inspired by the *Flexihealth* model of Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004) and the *DMIC* of Minkman (2011).

**Study setting:** Of the five service programs at the HSSC, four agreed to take part in the study. In each program, we selected one care pathway based on the managers' availability to participate in the study and the presence of a critical mass of potential participants, with the aim

of including pathways that were likely to be situated at different levels of advancement in their service integration process. The pathways we investigated were: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), autonomy support for the elderly (ASE), palliative oncology services (POS), and mental health services (MHS).

**Population and sample:** The target population consisted of all nursing personnel in all job categories (nursing assistants, nurses, nurse clinicians, counsellors, nurse navigators, liaison nurses, nurse practitioners, managers) working on the four targeted care pathways, except for orderlies, whose role is primarily one of support to nurses and who do not have professional status. The inclusion criteria were: being licensed to practice by their professional association (OIIQ – Ordre des infirmières et infirmiers du Québec or OIIAQ – Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec), working in one of the selected pathways, and having worked in that care pathway full- or part-time, day or night, for at least six months. To maximize the number of participants, all members of the nursing staff meeting these criteria were identified (n = 200: 35 in COPD, 70 in ASE, 35 in POS, and 35 in MHS) and contacted directly in the workplace, some individually and some in group meetings.

**Study variables and measurement instruments:** We analyzed four types of variables: independent, mediating, dependent, and control.

Independent variable: The independent variable was the level of advancement of the integration process. This is a categorical variable with four possible values ranging from *Phase 1* (least advanced) to *Phase 4* (most advanced) (Minkman, Ahaus et Huijsman, 2009). A first

part of this study consisted in determining the level of advancement of the integration process for each of the care pathways being investigated. Thus, the MHS and COPD pathways were at *Phase 1* in their development, ASE at *Phase 2*, and POS at *Phase 3*. No pathway had reached *Phase 4*, the most advanced level.

Mediating variables: Echoing the work of Lazarus and Folkman (1984), who showed that cognitive evaluation processes could act as mediators of stress response levels, this study took into account nurses' perceptual assessment as a factor that can act as a mediator in the relationship between the integration process and workplace well-being. Specifically, perceptions of *challenge* (three items,  $\alpha = 0.74$ ), *responsibility* (three items,  $\alpha = 0.78$ ), *threat* (three items,  $\alpha = 0.87$ ), and *control* (two contradictory statements,  $\alpha$  not applicable), which altogether make up perceptual assessment, were measured using a five-point Likert-type scale ranging from *strongly disagree* to *strongly agree*.

Dependent variable: The dependent variable was nurses' workplace well-being. The validated Positive and Negative Occupational Stress Inventory (PNOSI) consists of two parts: the negative stress scale, with nine items ( $\alpha = 0.82$ , inter-item correlation 0.38), and the positive stress scale, with eight items ( $\alpha = 0.88$ , inter-item correlation 0.39). All items were measured using a four-point Likert-type scales, ranging from 1 (*never or rarely*) to 4 (*always or nearly always*). The job satisfaction questionnaire consisted of two items ( $\alpha = 0.69$ ) measured using a five-point Likert-type scale ranging from *do not agree at all* to *agree completely*.



Control variables: The control variables refer to sociodemographic data on the participants, including their function (clinician/manager), training (college/university), work shift (day/evening/rotation), and practice setting within the care pathway (CH, CLSC, CHSLD, family medicine group (FMG), ambulatory clinics, palliative care centre).

**Data collection process**: All nursing staff meeting the inclusion criteria (n = 200) received a kit, which contained the study questionnaire, an information letter, an ethical considerations form approved by the research ethics committees of both the HSSC and the University of Montreal, and a stamped return envelope. The information letter explicitly stated that voluntary, anonymous return of the questionnaire constituted consent to participate in the research. To maximize response rate, reminders were provided two, three, and four weeks later, by telephone and directly within units.

**Analysis of results**: First, we used descriptive statistics (mean, standard deviation) to draw up a profile of the participants and determine average scores for perception and well-being variables (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). As proposed by the *Flexihealth* model, a mean raw negative stress score between 15 and 23 corresponds to normal stress, while a score between 11 and 14 corresponds to a low level of negative stress, and a score of 24 and over, a high level. For positive stress, a mean raw score between 20 and 27 corresponds to a normal level, while a score below 20 corresponds to a low level of positive stress, and a score of 28 and over, a high level (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). Second, we performed bi-variate and multicollinearity analyses to examine the correlations between level of integration and perceptions, level of integration and well-being, and the perception variables

among themselves and in relation to the variables of perception and of well-being. Third, we performed interaction analyses that examined the effect of combining the independent variable (level of integration for *Phases* 1 and 3, using *Phase* 2 as reference) and control variables (job function, training, work setting, shift) with each of the perception variables. Fourth, we used hierarchical linear regression models to analyze the mediation effect of the perception variables in the relationship between level of integration and workplace well-being.

More specifically, we examined three models: 1) the relationship between level of integration and nurses' perceptions of the integration process; 2) the relationship between level of integration and well-being; and 3) the relationship between level of integration and well-being while taking into account all four perception variables simultaneously (El Akremi, 2005). For each of the regressions, we studied multicollinearity using the tolerance coefficient and the variance inflation factor (VIF). The significance of the mediation effects was demonstrated using the *Sobel* test (Kline, 2011; *Sobel*, 1986). The analyses were performed using SPSS 20 and SAS 3.2 software at a 5% significance threshold.

#### **4.2.6. Results**

**Profile of participants:** In all, 107 questionnaires (for a 54% response rate) were considered in this analysis. Participants had, on average, worked 7.69 years ( $\pm 5.08$ ) at the HSSC and 7.75 years ( $\pm 7.09$ ) in their care pathway. Table XVIII presents the detailed profile of participants.

Tableau XVIII. Profile of participants

Variables	Dimensions of variables	Number of staff (n)	%
Population/pathway	ASE	35	32.7
	MHS	28	26.2
	POS	24	22.4
	COPD	20	18.7
	Total	107	100
Function	Clinical*	85	79.4
	Management**	22	20.6
Training	College	34	31.8
	University	73	68.2
	Master's	8	7.5
	Total	107	100
Work shift	Day	88	82.2
	Evening	18	16.8
	Rotation	1	0.9
	Total	107	100
Practice setting	CH	41	38.3
	CLSC	26	24.3
	CHSLD	20	18.7
	FMG	5	4.7
	Ambulatory clinic	13	12.2
	Palliative care centre	2	1.9
	Total	107	100

\* nursing assistant, technician, clinician, counsellor, nurse navigator

\*\* manager, coordinator, director, assistant director

**Descriptive results regarding nurses' perceptions of the integration processes and nurses' well-being, by care pathways:** Compared to nurses in other pathways, the nurses working within the POS pathway reported above-average perceptions of *challenge*, *responsibility*, and *control*, and a below-average perception of *threat*. They had a weak level of negative stress, a high level of positive stress, and the highest satisfaction score among all pathways (table XIX).

Tableau XIX. Profile of variables by care pathways

	ASE		MHS		POS		COPD		Total	
	$\bar{x}^*$	$\sigma^{**}$	$\bar{x}^*$	$\sigma^{**}$	$\bar{x}^*$	$\sigma^{**}$	$\bar{x}^*$	$\sigma^{**}$	$\bar{x}^*$	$\sigma^{**}$
Challenge	3.93	0.74	3.82	0.61	4.16	0.56	4.05	0.66	3.97	0.66
Responsibility	3.47	0.58	3.58	0.77	3.64	0.73	3.75	0.53	3.59	0.66
Threat	1.89	0.89	2.04	0.55	1.38	0.52	1.70	0.88	1.78	0.77
Control	3.60	1.01	3.68	0.94	3.77	1.02	3.25	1.21	3.59	1.03
Negative stress	15.89	3.79	16.00	3.39	13.04	2.66	14.25	2.59	14.97	3.43
Positive stress	23.92	4.35	24.14	3.92	27.69	3.38	26.45	3.32	25.30	4.12
Satisfaction	4.11	0.81	4.02	0.55	4.65	0.49	4.25	0.60	4.23	0.68

\*  $\bar{x}$  = Mean

\*\*  $\sigma$  = Standard deviation

**Analysis of relationships and interactions among study variables:** Table XX presents the matrix of correlations resulting from the bivariate analyses performed between level of integration, perception variables, and well-being variables. It can be seen that level of integration is significantly correlated with the well-being variables positively with positive stress and satisfaction, negatively with negative stress, and significantly negatively with the perception of threat variable. Except for responsibility, all perception variables are correlated among themselves and with the well-being variables. With regard to the analysis of interactions, the effect of combining level of integration with control variables on each of the perception variables was not significant to 5% for most of the variables. For those that were significant, the analysis of multicollinearity with other variables in the model showed a Variance Inflation

Factor (VIF) above 4 (6.112) and tolerance below 0.3 (0.164). Because of this, the interaction variables were not included in subsequent regressions.

Tableau XX. Relationships between level of integration, perception and well-being

		Challenge	Threat	Control	Responsibility	Satisfaction	Positive stress	Negative stress	Levels of integration
Challen-Ge									
Threat	r p N	-0.71 <0.001* 106							
Control	r P N	0.54 <0.001* 105	-0,57 <0.001* 105						
Respon-sability.	r p N	-0.08 0.43 106	-0.09 0.34 106	0.03 0.76 105					
Satisfa-ction	r p N	0.51 <0.001* 106	-0.44 <0.001* 106	0.39 <0.001* 105	0.12 0.21 106				
Stress(+)	r p N	0.56 <0.001* 106	-0.43 <0.001* 106	0.30 <0.001* 105	0.10 0.31 106	0.74 <0.001* 106			
Stress(-)	r p N	-0.47 <0.001* 106	0.44 <0.001* 106	-0.29 <0.001* 105	-0.02 0.85 106	-0.63 <0.001* 106	-0.67 <0.001* 107		
Level of integra-Tion	r p N	0.15 0.13 106	-0.27 <0.001* 106	0.09 0.36 105	0.04 0.68 106	0.33 <0.001* 106	0.31 <0.001* 107	-0.30 <0.001* 107	

\*Significant p correlations  
r = Correlation coefficient  
p=Significance

## Mediating effect of perceptions between level of integration and well-being

### Model 1: Relationships between level of integration and nurses' perceptual assessment of the process.

After adjusting for the control variables (job function, training, shift, work setting), the results showed a statistically significant relationship between level of integration and two dimensions of perception: *threat* ( $p = 0.005$ ) and *control* ( $p = 0.046$ ) (table XXI). In *Phase 3*, the perception of *threat* is significantly lower and the perception of *control* is significantly higher than in *Phase 2* (the reference *phase*). For both of these variables, differences between *Phases 1* and *2* were non-significant.

Tableau XXI. Relationship between level of integration and perceptual assessment

	Challenge		Threat		Control		Responsibility	
	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value	B	p-value	$\beta$	p-value
Constant	3.79***	<0.001	2.04**	<0.001	3.20***	<0.001	3.47***	<0.001
Function								
Nurse								
Manager	0.56**	<0.01	-0.52*	<0.05	0.93***	<0.001	-	-
Phase								
Phase 2								
Phase 1	0.14	0.243	-0.14	0.413	0.20	0.386	0.18	0.218
Phase 3	0.31	0.080	0.60**	<0.01	0.57*	<0.05	0.17	0.349
Shift								
Evening	-0.44**	<0.01	0.31	0.107	-	-	-	-
$\Delta R^2$	0.03	0.214	0.08*	<0.05	0.04	0.133	0.016	0.431

\*p < 0.05 \*\* p < 0.01 \*\*\* p < 0.001

**Model 2: Relationship between level of integration and nurses’ workplace well-being.**

The results showed statistically significant relationships between level of integration and negative stress ( $p = 0.002$ ), positive stress ( $p = 0.001$ ), and satisfaction ( $p = 0.011$ ) (table XXII). In *Phase 3*, the level of negative stress was significantly lower and the levels of positive stress and satisfaction were significantly higher than in *Phase 2*. For these variables, there were no significant differences between *Phases 1 and 2*.

Tableau XXII. Relationship between level of integration and well-being

	Satisfaction		Positive stress		Negative stress	
	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value
Constant	4.19***	<0.001	25.67***	<0.001	15.89***	<0.001
Training						
College						
University	- <sup>1</sup>	-	-2.04*	<0.05	-	-
<i>Phase</i>						
Ref.: <i>Phase 2</i>						
<i>Phase 1</i>	-0.02	0.891	1.60	0.068	-0.62	0.403
<i>Phase 3</i>	0.46*	<0.05	3.61**	<0.01	-2.76**	<0.01
Shift						
Evening	-0.32	0.064	-3.04*	<0.05	-	-
$\Delta R^2$	0.08*	<0.05	0.10**	<0.01	0.09**	<0.01

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

<sup>1</sup>Not included in the model.

**Model 3: Simultaneous effect of level of integration and perceptions of *threat* and *control* on each of the well-being variables.**

3.a: Analysis of the mediating effect of the *threat* variable

When simultaneously applying level of integration and *threat* to each of the well-being variables one-by-one, the direct effect of level of integration on negative stress ( $p = 0.01$ ) and on positive stress ( $p = 0.011$ ) was significant, as was the effect of *threat* on negative stress ( $p < 0.001$ )

and positive stress ( $p < 0.001$ ). However, there is a slight attenuation of the effect of level of integration on both positive and negative stress in the presence of the mediating *threat* variable. Partial mediations are assumed. The direct effect of level of integration on *satisfaction* is not significant ( $p = 0.057$ ), but the effect of *threat* on *satisfaction* is significant ( $p < 0.001$ ) (table XXIII). Thus, there is a complete attenuation of the effect of level of integration, that is, a complete mediation. The results also show that as nurses' perception of threat increases, their negative stress increases, their positive stress decreases, and they are less satisfied.

Tableau XXIII. Simultaneous effect - threat

Model 3a	Satisfaction		Positive stress		Negative stress	
	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value
Constant	4.77***	<0.001	29.06***	<0.001	12.73***	<0.001
Training Ref.: College University	-	-	-2.09*	<0.05	-	-
<i>Phase</i> Ref.: <i>Phase 2</i>						
<i>Phase 1</i>	-0.01	0.941	1.65*	<0.05	-0.63	0.353
<i>Phase 3</i>	0.33	0.057	2.56*	0.011	-2.17*	0.012
Shift						
Evening	-0.22	0.185	-2.79**	<0.01	-	-
Threat	-0.32***	<0.001	-1.82***	<0.001	1.67***	<0.001
$\Delta R^2$	0.20***	<0.001	0.19***	<0.001	0.234***	<0.001

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

### 3.b. Analysis of the mediating effect of the *control* variable

When simultaneously applying level of integration and *control* to each of the well-being variables one-by-one, the direct effect of level of integration on negative stress ( $p < 0.001$ ), on positive stress ( $p = 0.003$ ), and on satisfaction ( $p = 0.01$ ) was significant, as was the effect of *control* on negative stress ( $p = 0.002$ ), positive stress ( $p < 0.001$ ), and satisfaction ( $p < 0.001$ )



(table XXIV). In the presence of the mediating *control* variable, there is a slight attenuation of the effect of level of integration on satisfaction and on positive stress, partial mediation is assumed, and there is a non-attenuated effect of level of integration on negative stress. For that reason, mediation is not assumed. Analyses also show that as nurses' perception of control increases, their negative stress decreases, their positive stress increases, and they are more satisfied.

Tableau XXIV. Simultaneous effect - control

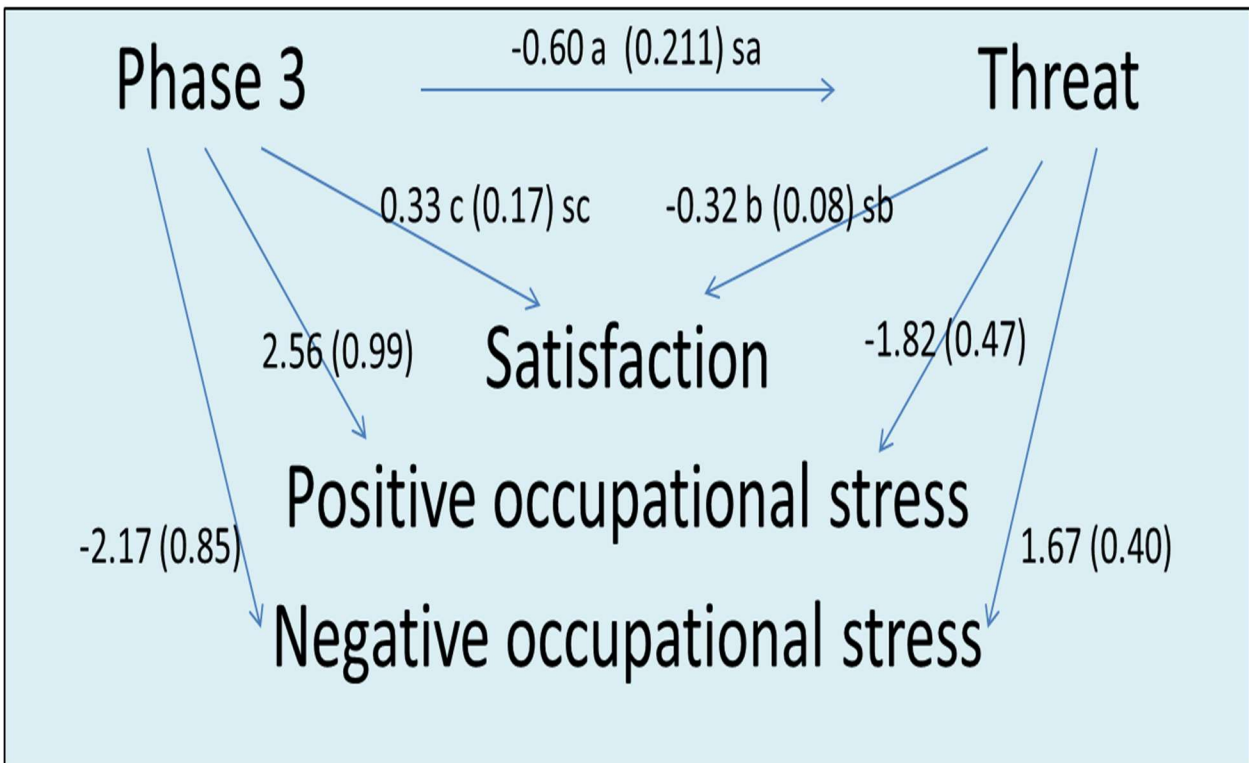
Model 3b	Satisfaction		Stress(+)		Stress(-)	
	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value	$\beta$	p-value
Constant	3.30***	<0.001	21.36***	<0.001	19.23***	<0.001
Training Ref: College University	-	-	-2.85**	<0.01	-	-
<i>Phase</i> Ref.: <i>Phase 2</i>						
<i>Phase 1</i>	0.01	0.950	1.96**	<0.01	-0.71	0.304
<i>Phase 3</i>	0.44*	<0.05	2.94**	<0.01	-3.08***	<0.001
Shift						
Evening	-0.26	0.107	-3.26**	<0.01	-	-
Control	0.24***	<0.001	1.33***	<0.001	-0.93**	<0.01
$\Delta R^2$	0.22***	<0.001	0.18***	<0.001	0.206***	<0.001

\*p <0.05, \*\*p <0.01, \*\*\*p <0.001

The significance of the assumed mediation effects in the preceding analyses was confirmed using the *Sobel* test. The test demonstrated statistical significance for the indirect effect of level of integration on negative stress (p = 0.019), positive stress (p = 0.021), and *satisfaction* (p = 0.020), taking into account the mediation effect of *threat*. On the other hand, the mediation effect of *control* was not statistically significant (p >0.05). The hypothesis that *control* is a mediating variable was not confirmed. Lastly, perception of *threat* had a significant

mediating effect in the relationship between level of integration and well-being. In summary, more advanced integration was associated with nurses' feeling less threatened and with improved workplace well-being (figure 14).

Figure 14. Determinant relationships



Controlling for all independent variables:

a: non-standardized coefficient of the independent variable 'Phase 3' in the MHR\*\* with threat  
 Sa, Sb, Sc: standard error of the coefficient.

b: non-standardized coefficient of the mediating variable 'threat' in the MHR\*\* of the simultaneous effects of the independent variable and threat on satisfaction.

c: non-standardized coefficient of the independent variable 'Phase 3' in the MHR\*\* of the simultaneous effect of phase and threat on satisfaction.

\*\*MHR: multiple hierarchical regression

#### 4.2.7. Discussion

This study sheds new light on the mechanisms associated with the development of integrated care and services. While there is a great deal of literature examining service integration from the standpoint of service organization processes and their impacts on patients, less attention has been focused thus far on the impacts of such processes on health professionals, including nurses (Davies et al., 2011; Kodner et Spreeuwenberg, 2002; Shortell, 2009). For example, satisfaction in relation to service integration has been copiously examined from the patients' perspective, but very little from the care providers' perspective, despite the fact that these changes are well known to generate workplace stress (Lachmann, Larose et Pénicaud, 2010). Thus, this study, based on the transactional theory of stress (Lazarus et Folkman, 1984) embodied in the *Flexihealth* model, has shown how such processes, which fundamentally modify the work environment, influence the workplace well-being of care providers.

Analysis of the results reveals not only the direct impacts on nurses' workplace well-being of the organizational or professional changes associated with these processes, but also the importance of the meaning nurses attribute to these changes and their experience (Bareil, 2004). By considering work situations as realities that are socially constructed by individuals based on their perceptions, the analysis approach we used highlights the interaction between individuals and their environment and recognizes their contribution to the implementation and continuation of transformation processes. This view echoes that of Terry and Callan (1997), cited by Vandenberghe, De Keyser, Vlerick and D'hoore, (2004), who emphasized the importance of taking into account both situational characteristics and individual perceptions, to understand

how professionals adapt to changes in their organizations or in their practice (Lazarus et Folkman, 1984). Individuals will perceive their workplace as stressful or not depending on the meaning they attribute to the changes or events they experience (Lazarus et Folkman, 1984).

This study revealed two principal types of reactions generated by integration processes, namely negative and positive reactions. Negative reactions, associated with the heavy transformation demands underlying integration, involved more negative stress, less positive stress, and less satisfaction; they were associated with the earliest and least advanced phase of the integration process, Phase 1. This phase, in which changes are initiated, is often marked by major disruptions. Positive reactions, on the other hand, involved greater positive stress, greater satisfaction, and less negative stress. They were associated with the most advanced level of integration, Phase 3, in which certain benefits associated with change start to become tangible. Such results are in line with the observations of Bareil, who explored the different stages of change processes, in which the actors involved go through several emotional and cognitive transitions as they come to adopt the change (Bareil, 2004). Resistances associated with shock (denial, a desire to continue working as usual) or reactions of fear and apathy that characterize the early phases of change are transformed in later phases into gradual engagement with the change and a shift toward feelings of pleasure and pride, related to perceived benefits or the acquisition of new competences. Another model is that of Lewin, which describes three stages of the change process, the first of which is “unfreezing”, or the period when habits and traditions are modified. It is followed by “transformation”, when new habits and competencies are formed, and culminates in “freezing”, the time in which new behaviors’ are internalized (Lewin, 1951). It might be hypothesized that the less positive results in terms of well-being observed in Phase

1 of the services integration process are linked to the considerable destabilization engendered by the development of these mechanisms or to the many emergent concerns associated with these changes (Bareil, 2004). In the more advanced phases, the positive results observed would be linked to greater mastery of the new ways of functioning and to the integration of new practices, which then become more natural and habitual, become aligned with other dimensions of daily practice, or are considered more satisfying (Collerette, Delisle et Perron, 1997; Lewin, 1967).

With regard to the meaning attributed to change processes by nurses, this study offers two relevant contributions. The first involves the relationships demonstrated between nurses' perceptions and their well-being. The control and challenge variables were significantly positively associated with positive stress and satisfaction, and negatively associated with negative stress. Along the same lines, the *Flexihealth* study had previously associated perceptions of control and challenge related to change with a reduction in negative stress. Many studies have shown the importance of control in contexts of change that generate increased resistance among workers to stressful events (Nelson, Cooper et Jackson, 1995). A meta-analysis of 88 studies showed that a perception of control was positively associated with desirable outcomes (professional satisfaction, job commitment, performance) and negatively associated with undesirable physiological or dysfunctional consequences (sleep disorders, emotional distress, absenteeism) (Spector, 1997). Similar results were observed in the *Flexihealth* study, which showed that the perception of challenge had a significant effect on positive stress (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). The change requires individuals to face and come to terms with numerous challenges. First they form a personal

opinion about the relevance and quality of the proposed change, and then they must exert considerable effort to adopt and master the new competencies required (Collerette, Schneider et Legris, 2003).

The perception of threat was significantly positively associated with negative stress and negatively associated with satisfaction and positive stress. These results corroborate those of the *Flexihealth* study, which showed that the perception of threat elicited by organizational change could negatively affect workplace well-being, and that a minimal perception of threat had a significant effect on positive stress. When faced with change, individuals will assess the threat or challenge presented and their options for responding, recognizing that threat and challenge are, in fact, very closely related to each other. The individuals' assessment of the perceived external demand (e.g. job requirements, number and scope of changes being imposed) and of their own resources or potential for adapting will determine the strength of the perceived threat and the consequent level of stress (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004).

The *Flexihealth* study demonstrated a relationship between the perception of the organization's responsibility and positive stress (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004), in contrast to the results of this study, which found no association between responsibility and well-being variables. It might be that nurses give more weight to aspects of their work over which they can have control than to those that fall under the responsibility of the organization.

Taken together, these results associated with perception corroborate the conclusions of Meyssonier (2005), who pointed out the existence and importance of the relationship between

perception and satisfaction (a component of well-being) by defining satisfaction as a fluctuating perception that evolves based on individuals' needs and aspirations, and on the reality of their experience working in the organization (Iglesias, Renaud et Tschan, 2010; Meyssonier, 2005; Randon, 2011).

The second contribution of this study relates to the determination of the role of perception variables as mediators between change and well-being. The perception variables of control, challenge, and responsibility were not correlated with level of integration and demonstrated no mediation effect between level of integration and well-being. On the other hand, the perception of threat was significantly negatively associated with level of integration. Moreover, the threat variable played a significant role of full mediation in the relationship between level of integration and well-being. The direct effect between level of integration and well-being was cancelled out by the introduction of the mediating variable (threat) into the model, which indicates the existence of a single dominant intermediary variable. Thus, in contrast to the other variables of perception, threat is an explanatory variable of this relationship. We might hypothesize that the absence of a mediation role in the other three variables could be due to the fact that those three variables are strongly correlated among themselves (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004), and are thereby obscured by the threat variable. This phenomenon concurs with studies in the literature that suggest a care provider's personal reaction to a situation perceived as threatening generates significant professional stress. Stress arises when the environment represents a threat for the individual, either because of excessive demands or because of unmet needs that hinder the individual's work performance (Dolan, Gosselin et Carrière, 2012). When confronted with a situation, individuals will seek to

determine the extent to which it could affect their well-being (Perrewé et Zellars, 1999; Zellars, Hochwarter, Lanivich, Perrewé et Ferris, 2011). In a context of organizational change, stress is seen as a dynamic process of assessment in which individuals see their environment as potentially threatening and likely to affect their well-being, and as something they do not feel they can contend with effectively. According to the *Flexihealth* model, this assessment is expressed in a variety of emotional reactions, with these variables being the mediating variables upon which the model is built and which could have an impact on their well-being and eventually even on their health (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004). The results of this study also contribute to enhancing this model.

#### **4.2.8. Study limitations and areas for future research**

These results should be interpreted keeping in mind certain limitations. The first concerns sample size. With 107 participants overall and fewer than 30 participants in three of the four care pathways, it was not possible to carry out more in-depth analyses by pathway. A second limitation had to do with the number of sites. While the chosen study setting presented organizational and professional characteristics that were common to all HSSCs in Quebec, further studies would be needed to confirm these results and widen their scope to a diversity of contexts. It would be useful, in future studies, to use larger samples spread across more care settings. Larger-scale studies would allow for comparative analyses of the different settings, thereby strengthening the generalizability of the results. A third limitation is that, for reasons of feasibility, we did not take into account all the variables of the *Flexihealth* model (Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004) such as emotional reactions and personal assessment processes.



Applying the *Flexihealth* model fully in future studies would be useful for more in-depth analyses that would, for example, take into account individual variables (self-esteem, locus of control, social support) that might affect the evaluation process, or variables related to the impacts of organizational change on nurses' physical and mental health.

#### **4.2.9. Conclusion**

This study has contributed to establishing the relationship between nurses' workplace well-being and level of integration, taking into account the mediating role of nurses' perception of change. In the context of healthcare restructuring projects to develop more well-defined care pathways, our results reveal the potential impact of these changes on healthcare personnel. Three of the four care pathways studied were in the preliminary *phases* of their development, according to Minkman's model (2011). These preliminary *phases* were associated with various perceptions of threats to nurses' workplace well-being due to heightened negative stress. On the other hand, the nurses working in the palliative oncology services pathway, which was at a more advanced *phase* of integration, had a lower perception of threat and also presented a lower level of negative stress. Such results show the importance of paying careful attention to human resources management from the beginning of such projects when implementing change. Nurses should be given the necessary resources so they can exercise more control over events, both individually and collectively. Strategies to support workers, involve them in implementing change, and maintain and improve their health (Bareil, 2004) should be developed to attenuate negative perceptions related to change, as well as negative consequences on workers' health and well-being.

**Abbreviations:**

ASE: autonomy support for the elderly; COPD: chronic obstructive pulmonary disease; *DMIC*: *Development Model for Integrated Care*; HSSC: health and social services centre; CH: hospital; CLSC: local community health centre; LHN: local health network; MHS: mental health services; MSSS: Ministry of Health and Social Services; POS: palliative oncology services; CHSLD: residential and long-term care facility; PNOSI: Positive and Negative Occupational Stress Inventory

**Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

**Authors' contributions**

All three authors have substantially contributed to the study. CL and CAD conceived and designed the study, carried out the analyses, and drafted the manuscript. ET revised the manuscript and interpreted the data. All three authors gave final approval of the version to be published.

**Acknowledgements**

The authors wish to thank all participating nurses for their cooperation, and the Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI) for its financial support.

**4.2.10. References**

- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J., & Horsburgh, M. E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(4), 8-32.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal, QC: Les Éditions Transcontinental inc. .
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., . Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système : synthèse pour politiques*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf).

- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168-189. doi: 10.3917/mav.061.0168
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3201>
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c
- Cazale, L., Touati, N., & Fleury, M.-J. (2007). La mise en oeuvre des réseaux intégrés : expérimentations et évaluations en Montérégie. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 194-217). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa, ON.: Conseil canadien d'agrément des services de santé. Repéré à <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Ste-Foy, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Collerette, P., Schneider, R., & Legris, P. (2003). La gestion du changement organisationnel - Quatrième partie- L'adaptation au changement. *IISO Management Systems*, 1(1), 56-64.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52. Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf)
- Côté, G., Lanctôt, C., & Rheault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 10-722-01). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf>.

- D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 273-287). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Davies, S. L., Goodman, C., Bunn, F., Victor, C., Dickinson, A., Iliffe, S., . . . Froggatt, K. (2011). A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Services Research*, *11*(Suppl. 1), 320-340. doi: 10.1186/1472-6963-11-320
- de Bonnières, A., Estryng-Behar, M., & Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, *9*(4), 167-176. doi: 10.1016/j.medpal.2010.02.002
- Dolan, S. L., Gosselin, E., & Carrière, J. (2012). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.
- El Akremi, A. (2005). Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles. Dans P. Roussel & F. Wacheux (dir.), *Management des ressources humaines - Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (p. 326-342). Bruxelles, Be: De Boeck.
- Fillion, L., Desbiens, J. F., Truchon, M., Dallaire, C., & Roch, G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique. *Psycho-Oncologie*, *5*(2), 127-136. doi: 10.1007/s11839-011-0321-7
- Fillion, L., & Saint-Laurent, L. (2003). *Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel*. Montréal, QC: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion\\_final.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion_final.pdf).
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T., & Posaner, R. (2004). *Managing across diverse networks of care: Lessons from other sectors*. Ottawa, ON: Health Services and Delivery Research Programme. Repéré à [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1218-039\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1218-039_V01.pdf).

- Igalens, J. (1999). Satisfaction au travail. Dans R. I. Duff (dir.), *Encyclopédie de la gestion et du management* (p. 1246-1247). Paris: Dalloz.
- Iglesias, R., Renaud, O., & Tschan, S. (2010). La satisfaction au travail: Une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 16(40), 245-270.
- Imbernon, E. (2008). Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique? [Hors série]. *Santé publique*, 20, 9-17. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-hs-page-9.htm>
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosom Med*, 72(6), 511-518. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0
- Kline, R. (2011). *Principes et pratique de la modélisation par équation structurelle*. New-York: Presse Guilford.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). Repéré à <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100309/133>
- Lachmann, H., Larose, C., & Pénicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. France: La documentation française. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081/0000.pdf>.
- Lamarche, P. A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92
- Lamothe, L. (2005). La dynamique interprofessionnelle : la clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. Dans D. Contandriopoulos, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis & A. Valette (dir.), *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec* (p. 141-157). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leatt, P. (2002b). *Le fonds pour l'adaptation des services de santé : la prestation de services intégrés* (n° H13-6/2002-4F-PDF). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H13-6-2002-4F.pdf>.
- Lewin, K. (1951). Field theory in Social Science. Dans D. Cartwright (dir.), *Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Row.
- Lewin, K. (1967). *Psychologie dynamique: Les relations humaines*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Meyssonier, R. (2005). *L'attachement des salariés à leur entreprise, ses déterminants et ses conséquences. Le cas des ingénieurs*. (Thèse de doctorat en sciences de la gestion, Université Aix-Marseille III, France).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004b). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document principal* (n° 04-009-05). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux* (n° 10-717-02F). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>.
- Minkman, M. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. (Doctoral thesis, Erasmus University, Pays-Bas). Repéré à [http://www.vilans.nl/docs/vilans/over\\_vilans/pdf/Proefschrift\\_Mirella\\_Minkman\\_Developing\\_Integrated\\_Care.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf)
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbriotti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: Results of a Delphi and concept mapping study. *International Journal on Quality in Health Care*, 21(1), 66-75. doi: 10.1093/intqhc/mzn048
- Minkman, M., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9, 42-52. doi: 10.1186/1472-6963-9-42

- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care: The empirical validation of the Development Model for Integrated Care. *BMC Health Services Research*, *11*, 177-187. doi: 10.1186/1472-6963-11-177
- Nelson, A., Cooper, C.-L., & Jackson, P.-R. (1995). Uncertainty amidst change: the impact of privatization on employee job satisfaction and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *68*, 57-71.
- Perrewé, P. L., & Zellars, K. L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior*, *20*(5), 739-752. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199909)20:5<739::AID-JOB1949>3.0.CO;2-C
- Randon, S. (2011). Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. Pessac, France: Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Repéré à [http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/88/63/PDF/Revue\\_satisfaction\\_ClartA\\_11-05-11.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/88/63/PDF/Revue_satisfaction_ClartA_11-05-11.pdf).
- Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, *49*(9), 133-149. doi: 10.3917/mav.049.0133
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats* (n° 83-003-XIF). Ottawa, ON: Statistique Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/83-003-X/83-003-XIF2006001.pdf>.
- Shortell, S. M. (2009). What does the evidence tell us? Dans C. Ham & D. Silva, de (dir.), *Integrating care and transforming community services: What works? Where next?* (p. 2-3): Repéré sur le site de l'University of Birmingham, Health Services Management Centre: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-5.pdf>.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000b). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sobel, M.-E. (1986). Some new results on indirect effects and their standard errors in covariance structure models. *Sociological Methodology*, *16*, 159-186.

- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating Care for People with Co-occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 338-349. Repéré à <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh334/338-349.htm>
- Vandenberghe, C., De Keyser, V., Vlerick, P., & D'hoore, W. (2004). *Changements organisationnels, stress des employés et satisfaction des clients : émergence du concept de Flexihealth* (n° PS/14). Ottawa, ON: Politique scientifique fédérale. Repéré à [http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/PS/rPS14\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/PS/rPS14_fr.pdf).
- Vandenberghe, C., Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 72(3), 209-228. doi: 10.3917/th.723.0209
- Walker, D. (2011). *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*. Belleville, ON: Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Repéré à [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker\\_2011/walker\\_2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker_2011/walker_2011.pdf).
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458. doi: 10.1002/nur.20202
- Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., Lanivich, S. E., Perrewé, P. L., & Ferris, G. R. (2011). Accountability for others, perceived resources, and well being: Convergent restricted non-linear results in two samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 95-115. doi: 10.1348/2044-8325.002004



### 4.3. Article 3. Fostering development of nursing practices to support integrated care when implementing integrated care pathways: what levers to use?

Submitted to: Journal: BMC Health Services Research<sup>14</sup>

Caroline Longpré<sup>15</sup> and Carl-Ardy Dubois<sup>16</sup>

#### 4.3.1. Abstract

**Background:** Care integration has been the focus of recent health system reforms. Given their functions at all levels of the care continuum, nurses have a substantial and primordial role to play in such integration processes. The aim of this study was to identify levers and strategies that organizations can use to support the development of a nursing practice aligned with the requirements of care integration in a health and social services centre (HSSC) in Quebec.

**Methods:** The research design was a cross-sectional descriptive qualitative study based on a single case study with nested levels of analysis. The case was a public, multi-disciplinary HSSC in a semi-urban region of Quebec. Semi-structured interviews with 37 persons (nurses,

---

<sup>14</sup> Longpré, C. et Dubois, C. A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Serv Res*, 15(3), 84. doi: 10.1186/s12913-015-0720-8

<sup>15</sup> PhD candidate, Faculty of Nursing, University of Montreal, Quebec, Canada  
Professor, Department of Nursing, University of Quebec, Outaouais, Saint-Jérôme, Canada  
Corresponding author, [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)

<sup>16</sup> Director, professor, Faculty of Nursing, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

professionals, managers, administrators) allowed for data saturation and ensured theoretical representation by covering four care pathways constituting different care integration contexts. Analysis involved four steps: preparing a predetermined list of codes based on the reference framework developed by Minkman (2011); coding transcript content; developing general and summary matrices to group observations for each care pathway; and creating a general model showing the overall results for the four pathways.

**Results:** The organization's capacity for response with regard to developing an integrated system of services resulted in two types of complementary interventions. The first involved investing in key resources and renewing organizational structures; the second involved deploying a series of organizational and clinical-administrative processes. In resource terms, integration efforts resulted in setting up new strategic services, re-arranging physical infrastructures, and deploying new technological resources. Organizational and clinical-administrative processes to promote integration involved renewing governance, improving the flow of care pathways, fostering continuous quality improvement, developing new roles, promoting clinician collaboration, and strengthening care providers' capacities. However, progress in these areas was offset by persistent constraints.

**Conclusions:** The results highlight key levers organizations can use to foster the implementation and institutionalization of integrative nursing practices. They show that progress in this area requires a combination of strategies using multiple complementary levers. They also suggest that such progress calls for rethinking not only the deployment of certain organizational resources and structures, but also a series of organizational and clinical processes.

**Keywords:** Care integration, organizational resources, clinical-administrative processes, professional practice, nursing, change strategies

#### 4.3.2. Résumé en français

**Contexte :** L'intégration des soins a été au cœur des récentes réformes dans les systèmes de santé. Par les fonctions qu'elles exercent dans la dispensation des services à tous les niveaux du continuum de soins, les infirmières ont un rôle essentiel et de premier plan à jouer dans ces processus d'intégration. Cette étude vise à identifier les leviers et les principales stratégies que peuvent mobiliser les organisations pour soutenir la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins au sein d'un CSSS au Québec.

**Méthode :** Le devis de recherche utilisé est une étude qualitative descriptive transversale basée sur une étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués. Le cas à l'étude est un CSSS public et multi vocationnel situé dans une région semi-urbaine au Québec. Au total, 37 personnes (n=37) (infirmières, professionnels autres, gestionnaires et directeurs) ont participé aux entrevues semi-dirigées. Une saturation de l'information et une représentativité théorique en couvrant quatre TdeS constituant des contextes divers d'intégration des soins ont été obtenues. Le processus d'analyse a suivi quatre étapes : préparation d'une liste prédéterminée de codes à partir du cadre de référence, codage du contenu des verbatim, repérage des patterns et récurrences et regroupement des codes de premier niveau, développement de matrices et

synthèses permettant de regrouper les observations pour chacune des TdeS et d'élaborer un modèle général reflétant les résultats pour l'ensemble des quatre TdeS.

**Résultats :** La capacité de réponse de l'organisation en matière de développement d'un système intégré de services s'est traduite par deux types d'interventions complémentaires. Le premier concerne des interventions touchant l'investissement dans un ensemble de ressources clés et le renouvellement des structures organisationnelles ; le deuxième concerne des interventions touchant le déploiement d'un ensemble de processus organisationnels et clinico-administratifs. Sur le plan des ressources, les efforts d'intégration se sont traduits par des investissements dans la mise en place et la dotation de nouveaux services stratégiques, le réaménagement des infrastructures physiques et le déploiement de nouvelles ressources technologiques. Sur le plan des processus organisationnels et clinico administratifs, les efforts d'intégration dans le cas examiné ont donné lieu à diverses activités qui avaient pour buts de renouveler la gouvernance, rendre plus fluides les parcours de soins, promouvoir l'amélioration continue de la qualité, développer de nouveaux rôles, promouvoir la collaboration entre les cliniciens et renforcer les compétences des prestataires de services. Les progrès sur ces différents registres auront toutefois été atténués par des contraintes persistantes.

**Conclusion** Ces résultats mettent en lumière les principaux leviers que peuvent mobiliser les organisations pour favoriser la mise en œuvre et l'institutionnalisation de pratiques infirmières intégratives. Ils indiquent que les progrès à cet égard nécessitent une combinaison de stratégies découlant de la mobilisation de multiples leviers complémentaires. Ils suggèrent également que les progrès dans la mise en œuvre de telles pratiques plus intégratives nécessitent

de repenser non seulement le déploiement de certaines ressources et structures organisationnelles mais aussi un ensemble de processus organisationnels et cliniques.

**Mots-clés** : Intégration des soins, ressources organisationnelles, processus clinico-administratifs, gouvernance clinique, pratique professionnelle, nursing, stratégies du changement.

### **4.3.3. Background**

Care integration has been a core priority of recent health system reforms and has often been considered as a solution for reorganizing health and social services to ensure greater accessibility, to reinforce coordination, continuity, and quality, and to respond more effectively to population needs. In the province of Quebec, governments and health institutions have promoted various clinical and organizational methods, such as merging institutions, organizing activities into programs, strengthening links between primary and secondary care, developing care pathways tailored to the needs of specific patients, organizing services into hierarchical structures based on principles of population-based responsibility—all strategies that have been associated with stronger integration of care and services (Juhel et Anctil, 2004). A study has suggested, however, that the transformations sought from these different strategies, in both the professional and organizational arenas, are often slow to materialize (Longpre et Dubois, 2015).

Given their functions in care provision at all levels of the care continuum, nurses have a substantial role to play in these transformation processes (Bernier, 2012; Cavalière, 2014b;

D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). To contribute optimally to these processes, nurses' roles, knowledge, competencies, and practices need to be renewed and adapted to new clinical and management requirements (Cavalière, 2014b). However, a recent analysis revealed gaps and significant delays in implementing nursing practices that could contribute to care integration. These delays were observed in various dimensions of practice: knowledge about the roles and responsibilities of different care providers; formalized collaboration processes and agreements; communication mechanisms and collaboration practices; support for interdisciplinary approaches; and support for team work (Longpre et Dubois, 2015).

At the organizational level, successive changes introduced by governments have often succeeded in transforming administrative structures without actually producing new forms of governance, fundamentally innovative management practices, or radically different ways of organizing services (Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007). Consequently, the problems that prompted these changes remain unresolved: deficiencies in accessibility, continuity, and complementarity of care and services; excessive use of hospital-based services; and overcrowding of emergency rooms (Benigeri, 2014).

These difficulties in achieving the transformations of professional and organizational practices that are often announced in service integration projects reflect the numerous issues and challenges associated with such changes. For nurses, these changes involve developing new functions and roles, acquiring new competencies, and collaborating more closely with other professionals, while negotiating the boundaries of their activities with these professionals. Very

few studies have documented the views of nurses directly involved in these processes and the factors that facilitate or impede the changes needed in nursing practice.

Depending on the care pathway, important variations can be observed in clinical practices, reflecting contrasting ways of implementing mechanisms for care integration (Longpré et Dubois, 2015), as well as an association between nurses' well-being and the integration processes and their perceptions of these processes (Longpré, Dubois et Nguemeleu, 2014). Given these observations, identifying the factors that facilitate or hinder nursing practice in an integration context seems particularly relevant.

#### **4.3.4. Goals and objectives**

Given nurses' perspectives as front-line actors, the aim of this study was to identify the levers and key strategies that organizations can use, in terms of management and clinical practice, to support the development of a nursing practice that is aligned with the requirements of care integration in a health and social services centre (HSSC) in Quebec. Specifically, the study had two objectives, which were to identify, in light of the main stakeholders' experiences: 1) what factors support the practice of nurses in an integrated care setting; and (2) what factors constitute barriers to nursing practice in this context.

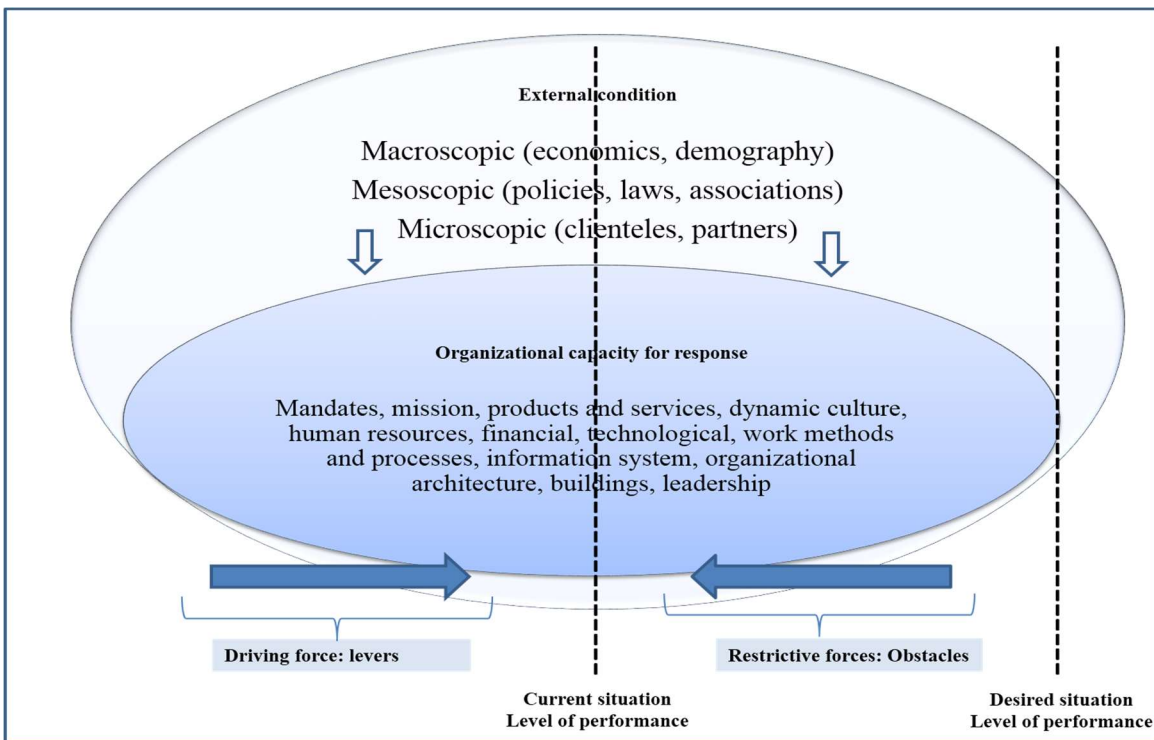
#### 4.3.5. Conceptual and theoretical bases

Numerous studies have been devoted to modelling integrated care systems, resulting in various models. Among these are the Chronic Care Model (Wagner , Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer et Bonomi, 2001), the *Development Model for Integrated Care (DMIC)*, (Minkman, 2011), the Kaiser Permanente model (<https://healthy.kaiserpermanente.org/>), and the theory of integration of care for frail seniors (Malo, Grenier, Gratton, 2006). The implementation conditions for these models have generally received less attention. However, the relevance of implementation context for these models is justified based on organizational literature recognizing that contexts influence the way in which organizations structure themselves, operate, and produce results (Roberge, Pineault Hamel, Borgès, DaSilva, Cazale, Levesque et Ouellet, 2007). For Champagne, Contandriopoulos, Brousselle et al. (2009), analyzing the implementation of models serves to study how organizational and contextual factors influence the introduction of innovations in the configuration of services and the subsequent results of the services. Scott, Ruel, Mendel, and Caronna (2000), for example, pointed to the impact of the material environment (e.g. availability of resources and technologies) and institutional environment (e.g. standards, values, and governance system) on the implementation of innovation. Other studies have examined the impact of cultural environments (e.g. beliefs, values, and norms); technical environments (e.g. actors' abilities); strategic environments (e.g. strategic priorities); and structural environments (e.g. the resources available to the organization and the structures it has put in place to carry out its mission) (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle et al. 2009).



Collerette, Lauzier, and Schneider’s (2013) model of strategic organizational analysis provides an integrative framework that synthesizes these different factors. The model was developed based on a systemic perspective (Bertalanffy, 1973), according to which organizations must adapt to their environments to achieve their objectives (Graetz & Smith, 2010). The systemic perspective involves studying an object in all of its complexity. According to this perspective, an organization’s health depends largely on its ability to adapt to the characteristics, requirements, and challenges of its environment (figure 15). It is a question of apprehending the object in its environment, its functions, its mechanisms of action, its structure, and its evolution (Le Moigne, 1997).

Figure 15. Model adapted from Collerette, Lauzier et Schneider (2013), Lewin (1951), and Minkman (2011).



Adapted from Collerette et al. (2013), Lewin (1951), and Minkman (2011).

Relying on this perspective enables the framework proposed by Collette, Lauzier and Schneider (2013) to take into account a wide array of factors that operate at various levels, interact with each other, and are likely to influence nursing practice in an integration context. According to the framework, these changes in practice are influenced not only by a set of external factors (demographic and epidemiological changes; technological developments; economic, political and social contexts, etc.), but also by a set of internal organizational conditions that represent an organization's capacity to respond to external circumstances.

Collette, Lauzier and Schneider's (2013) framework is further enhanced by Lewin's (1951) 'force-field theory', according to which a social situation (seen as dynamic) is characterized as the result of the combined effect of multiple forces in a more or less stable state of equilibrium. These can be driving forces or levers that exert a positive influence in the direction of the desired change, or restrictive or constraining factors that oppose the change (Collette, Delisle et Perron, 1997; Collette, Lauzier et Schneider, 2013). Factors operating at different levels can thus generate both driving and restrictive forces, working for or against the desired change. By using Collette, Lauzier and Schneider's (2013) model, this study hopes to open what has until now been a black box and identify, drawing on nurses' own experiences, the organizational factors that act as levers or constraints with respect to developing their practice in a care integration context.

#### 4.3.6. Methods

**Design:** The research design was a cross-sectional descriptive qualitative study based on a single case study with nested levels of analysis (Yin, 2014).

**Study environment:** The case studied was that of a public, multi-activity and multi-disciplinary health and social services centre (HSSC) located in a semi-urban region of Quebec, which provides services to more than 280,000 inhabitants (a population characterized by a higher percentage of aging individuals and a higher birth rate than the Quebec average). Using a program-based approach, the HSSC coordinates services provided by four local community health centres (CLSCs), four long-term care facilities (CHSLDs), an average-sized hospital, and more than 200 partners providing various services (community pharmacies, family medicine groups [FMGs], community organizations, group homes, etc.). This HSSC was selected as the locus for the study because it faced challenges similar to those confronting the great majority of HSSCs in Quebec: administrative authority over a large territory; a population with disparate socio-economic characteristics; rapid increase in population needs for health services; human resource shortages; and budget constraints.

With the support of key participants (directors of service programs), four care pathways were selected. A care pathway aims at a multidisciplinary, optimal, and consensual management of patients presenting the same pathology or the same care situation. Patients follow a clinical path that provides timely access to the services they need in a coordinated manner. Shared responsibility of institutions or professionals towards a patient requires integration of care.

Pathways were selected based on the following criteria: feasibility of studying the pathway; management interest and availability; inclusion of pathways at different stages of development; and coverage of different care integration contexts. The care pathways selected were: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), palliative oncology services (POS), autonomy support for the elderly (ASE), and mental health services (MHS). A previous study that evaluated so-called ‘integrative’ practices in this organization showed that the COPD and MHS pathways were at less advanced phases of integration (Phase 1 – initiative and design), while the ASE and POS pathways were at intermediate phases (Phase 2 – experimentation and execution, and Phase 3 – expansion and monitoring, respectively), and that none of the pathways had reached *Phase* 4 (consolidation and transformation), the most advanced phase of the integration process (Longpre et Dubois, 2015).

**Data sources:** The strategy used was purposive sampling (Yin, 2014) from a maximal variety of sources: members of the nursing team (nursing assistant, nurse technician and clinician, nurse navigator, liaison nurse, care consultant), members of the interprofessional team (respiratory therapist, social worker, occupational therapist, physical therapist), managers, and senior administrators. Nurses and other professionals were selected with the assistance of managers and program directors based on the following inclusion criteria: French-speaking; holder of a practice license from a professional association; employed in one of the targeted care pathways for at least the previous six months (full- or part-time, days or nights, or on rotation); interested and available to participate in the study. Managers and senior administrators were selected based on the following criteria: French-speaking; employed full-time in the organization for at least the past six months; interested and available to participate in the study.

All the people approached (n = 37) agreed to participate (100%); this sample size not only allowed for data saturation, but also ensured theoretical representation by covering four care pathways representing different care integration contexts, as well as the different perspectives of clinicians and managers. Respondents were evenly distributed across the four pathways: ASE (n = 7), MHS (n = 10), POS (n = 9), and COPD (n = 9). They included all nursing job titles (nursing assistant, nurse technician, nurse clinician, nurse navigator, nurse practitioner, nurse advisor, nurse manager) (n = 27), other professionals (n = 4), two representatives of executive management (n = 2), and four managerial or administrative representatives with an overall view of the care pathways—one for each pathway (n = 4). The objective of obtaining this diversity of perspectives was to increase the validity of the study results and improve our understanding of the phenomenon being studied (Miles et Huberman, 2003).

The great majority of respondents were women (n = 32), had university degrees (n = 31), and worked days (n = 34). Participants were spread across different missions of the organization: hospital (n = 14), CLSCs (n = 15), CHSLDs (n = 4), and FMGs (n = 2). Sample composition was also balanced between management (n = 18) and clinical (n = 18) functions.

**Data collection process:** This project was approved by the research ethics committee of the University of Montreal, the research ethics and administrative committees of the study sites, and the HSSC senior management team. An information letter was hand-delivered to the targeted participants and its contents were explained to them. All interviews were conducted by the lead investigator as part of a doctoral study. Interviews were booked directly with each respondent, for confidentiality purposes and to accommodate their preferred time and place.

Interviews lasted approximately 60 minutes. Participants signed a consent form authorizing both audio-recording of the interviews and written note-taking (Miles et Huberman, 2003). A literature review was also conducted.

**Data collection instruments:** Two data collection instruments were used: 1) an interview guide for nurses, managers, and professionals either working in the four care pathways or involved in their management, to collect their perceptions of the restrictive and facilitative forces influencing the adoption of nursing practices to support integrated care. The interview guide for nurses and professionals contained questions oriented toward clinical practice, while the interview guide for managers, directors, and administrators included an additional section covering administrative issues that could be used to describe care trajectories administratively. 2) a sociodemographic questionnaire (sex, employment position, training, work location and shift, seniority). Documents recommended by key participants provided additional relevant information, including, among other things, the organizational structure of the HSSC, organizational policy statements relating to nursing, and the HSSC's management principles, strategic plans, and annual reports.

**Data analysis:** All audio-recordings of the interviews were fully transcribed. Verbatim transcription of the interviews resulted in an average of 50 pages of text per interview, for a total of around 1,850 pages (37 interviews of 50 pages). The principal investigator drafted a five-page summary for each interview, which was then submitted to the corresponding respondent for content validation (Miles et Huberman, 2003). Out of the 37 respondents, 18 confirmed the

contents as accurate, four suggested minor adjustments due to changes in their situation, and the remainder did not follow up.

To ensure the validity of the coding process, the summaries and coding for five interviews were subjected to intra- and inter-rater validation. The intra-rater validation involved having the same researcher repeat the coding, after a one-week interval. A 90% similarity score was obtained between the two codings. The inter-rater coding process was carried out with the lead investigator, an expert in qualitative process and content. The validation process continued until 80% agreement among codings was obtained. This pre-coding exercise was used to validate the process, after which all the transcripts were coded. Following transcript validation, the data were analyzed in three main steps (figure 16). NVivo 10 software was used to systematically organize the coded data and to develop themes and subthemes, as well as conceptual matrices.

Figure 16. Analysis process



In the first step, the coding process was based on the dimensions of Minkman's (2011) model of integrative practice and the framework of Colletette, Lauzier and Schneider's (2013) strategic organizational analysis model. The verbatim content was coded in three steps: 1)

according to the dimension of nursing practice that it represented; 2) according to the dimension of organizational capacity for response to which it corresponded; and 3) according to whether it expressed a driving force or a restrictive force. In essence, for each dimension of practice, analyzing the forces and obstacles using this model helped identify recurrences and group content. For example, for content identified as part of the ‘multidisciplinary practice’ dimension (a theme) (Minkman, 2011), elements related to human and physical resources (subthemes) (Collerette, Lauzier et Schneider, 2013) were identified and in turn gave rise to categories of driving forces and restrictive forces (third-level theme). Table XXV provides an example illustrating the basic outline of the analysis.

Table XXV. Basic outline of the analysis



Verbatim	Theme (Minkman)	Subtheme (Collerette)	Third-level: Force
“We use the AINÉS tool to help us better plan our report, and that helps us become familiar with our place in the interdisciplinary team”	Interdisciplinarity (support for collaboration)	Training	Driving force present in the organization: Clinical tool facilitating the report.

In the second step, summaries were developed to group the observations for each care pathway. Using the themes and subthemes as a starting point, analysis of the respondents’ verbatim statements regarding each care pathway helped identify the different elements that arose as driving or restrictive forces in a care pathway. Table XXVI presents the driving and restrictive forces and the subthemes corresponding to the main theme ‘Support for collaboration’ for each care pathway. In the third step, the analysis consisted in bringing together the cross-cutting results obtained from observation of the four pathways. For example, for the



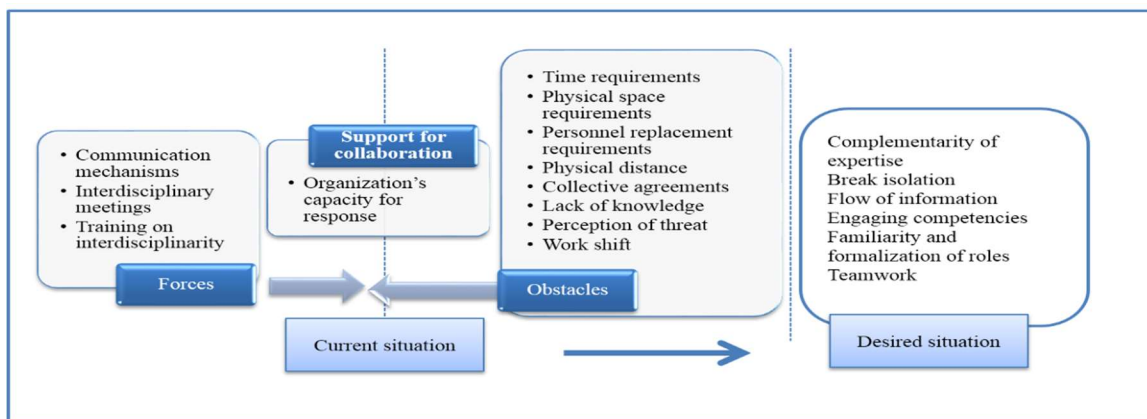
theme ‘Support for collaboration’, the subtheme ‘training’ was identified across all four care pathways. Figure 17 presents the resulting matrix, which consolidates data from the four care pathways with respect to the driving and restrictive forces for this theme.

Table XXVI. Synthesis of information on the theme ‘Support for collaboration’

Care pathway	Support for collaboration			
	 Driving forces      Subthemes		 Restrictive forces      Subtheme	
<i>ASE</i>	AINÉS tool: taking one’s place in interdisc. meetings Involving families as partners  Multidisc. office for home support Weekly committee: representatives of official bodies, Geriatric unit and UTRF: weekly meeting CLSC: sector-based meeting: information on changes  Discussion of cases AINÉS tool: taking one’s place in interdisc. meetings	Communication mechanisms  Interdisc. meetings  Training	Little time for meetings  Few locations for meetings Distance between work settings Working in silos  Time and presence practicalities Difficulty of arranging replacements  Little knowledge of the network No case analysis  Trouble taking one’s place in interdisc. meetings	Overload  Physical setting  Collective agreement  Lack of knowledge  Perception of threat
<i>MHS</i>	Strong collaboration among physicians Develop primary care  Expand multidisc. meetings internally	Communication mechanisms  Interdisc. meetings	No time for meetings  Working in silos internally  No internal multidisc. meetings  Nurses unprepared for multidisc. meetings	Overload  Physical setting  Collective agreement  Lack of knowledge

	Training provided by the assistant to nurses on holding interdisc. meetings Support of the nurse clinician	Training	Reluctance to collaborate	Perception of threat
<i>POS</i>	Good interdisc. communication Process complementarity Established roles for nurse and navigator nurse Common vision  Process complementarity Engagement, collective motivation  Community of practice Tumour board consensus Access to expertise	Communication mechanisms  Interdisc. meetings  Training	Little time  Difference of cultures Distrust of telephone evaluations  Involves upgrading teams  Challenge in trusting evaluations  Power struggle	Overload  Physical setting  Collective agreement  Lack of knowledge  Perception of threat
<i>COPD</i>	Development of collective prescription by nurses Défis-action project for high users of emergency services  Idea of restarting interdisc. meetings Focus on clientele needs  Interdisc. team self-reflection on techniques for sharing information	Communication mechanisms  Interdisc. meetings  Training	Few multidisc. meetings  No continuity in collaboration  Resistance to change  Lack of communication and openness  Lack of trust	Overload  Physical setting  Collective agreement  Lack of knowledge  Perception of threat

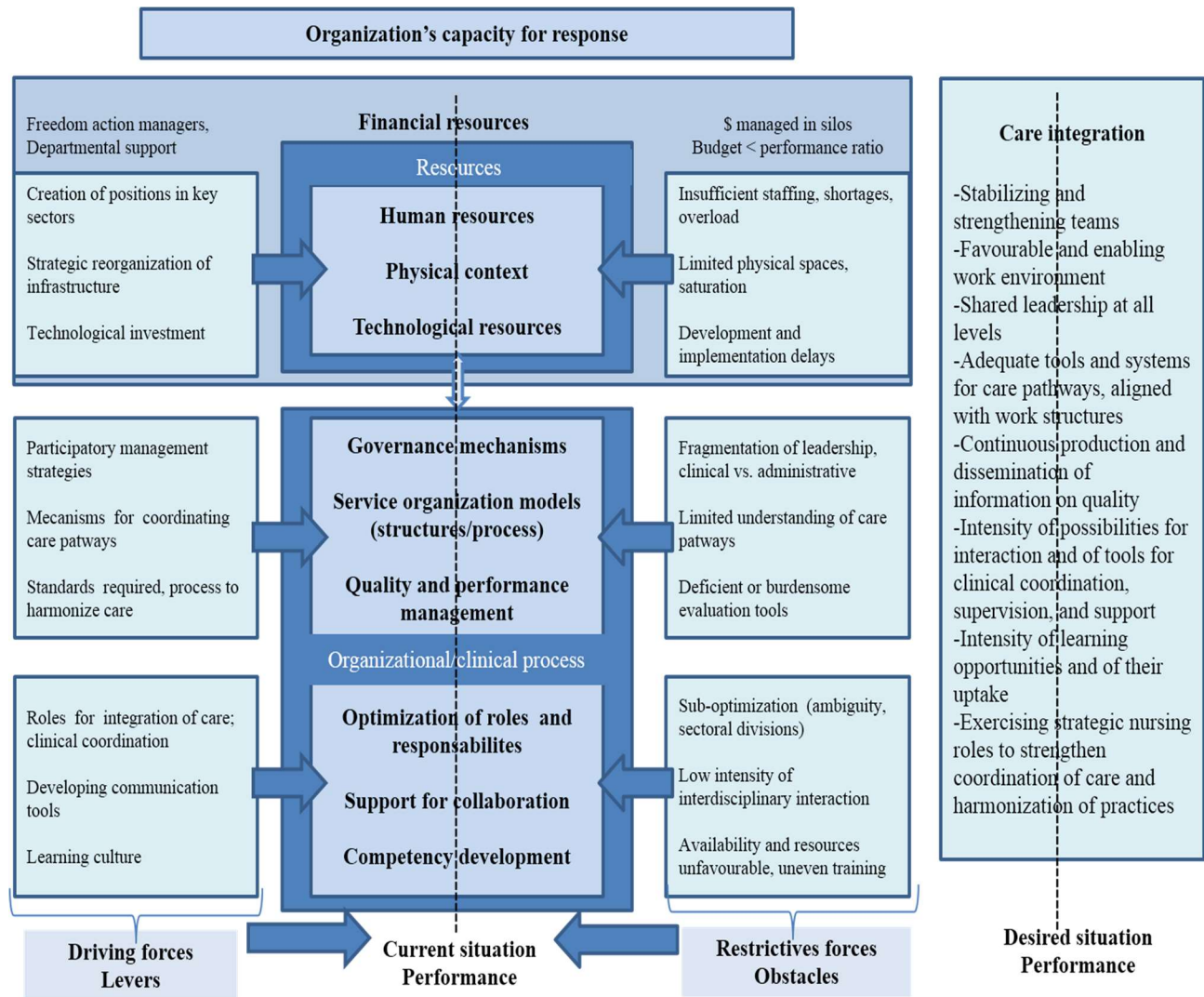
Figure 17. Matrix: supporting collaboration



### 4.3.7. Results

Participants referred to two categories of factors that influenced the organization's capacity to implement and sustain a nursing practice that met the requirements of integration. The first had to do with availability of organizational resources, and the second involved deployment of a set of organizational and clinical-administrative processes (figure 18).

Figure 18. Strengths of and impediments to an organization's capacity for response



**Organizational resources:** With regard to resources, three key factors were seen as having a determining influence on nursing practices to support integrated care, either serving as catalysts or generating a variety of constraints.

### Human resources

Participants pointed out that certain investments in human resources played a key role in the organization's capacity to put in place various structures to foster integration of care. Examples of new structures that required appropriate human resources staffing included the single-window access point (a single gateway for patients in the healthcare system, where they are assessed and guided according to their needs) for mental health services, the breast health clinic (POS), and the smoking cessation clinic (COPD). These new investments also resulted in the deployment of specific professional roles (e.g. nurse navigators in palliative care, care for the elderly, and oncology; mental health liaison nurse, etc.), the opening of new nurse positions in targeted areas (need for better integration of patient care), and support for new continuing education activities for personnel.

Despite these investments, participants emphasized two factors that, under current conditions, impeded a nursing practice oriented toward care integration. The first was that, in their view, there were not enough nurses to meet the demand. According to participants, having enough nurses is essential to respond effectively to patients' complex needs and ensure the stability required for continuity of care. When personnel is insufficient, as was reported in several programs, nurses are over-extended, both in terms of quantity and complexity of care,

and do not have enough time to provide the full range of services to each patient. In the medical unit, nurses reported they sometimes had to limit themselves to looking after patients' basic care needs due to lack of time, and that they would neglect relational activities, for instance, to concentrate on complex or prescribed care. Several participants noted that staff shortages also compromised access to care at various points along the care continuum.

*“A workload reduction would help promote a practice of more continuous care for patients. We could be on top of everything, it would be easier” (Mpod) (free translation).*

*“Sometimes I’m all over the place, I have to refocus on my objectives, and my boss helps a lot with that... The staff is starting to get tired and worn out. Two years ago, 25 patients a day in chemo was a big day, now it’s around 47-48 patients...” (POS) (free translation).*

In the MHS pathway, this shortage of personnel was associated with long wait lists for primary care services. Staff shortages were also associated with nurses' lack of availability to attend intra- or interdisciplinary team meetings, continuing education activities, or discussions with colleagues—all elements that foster integrative and collaborative practice.

A second obstacle had to do with team instability, manifested most notably by frequent changes in personnel, numerous replacements, and intensive use of external labour. These instability factors were associated with nurses' difficulties in becoming fully integrated into the team, taking part in unit activities, establishing relationships of trust with other members of the intra- or interprofessional teams, and mastering the operational aspects of care—all elements that can compromise care continuity. Replacement staff do not necessarily know the different resources that are available. Thus, an agency nurse might not be as quick to refer a hospitalized patient who wants to quit smoking to the smoking cessation clinic, or to call upon the palliative care nurse navigator to coordinate a patient's transfer to the palliative care centre. Replacement

personnel would also have more difficulty in using the nursing treatment plan, a key tool for monitoring and coordinating care from one shift to another, one care location to another, or even one professional to another.

### The physical setting for care provision

The creation of local health networks specific to the Quebec context has significantly modified the spatial configuration of services, with impacts for both patients and professionals. According to nurse participants, the modernization and expansion of the hospital and renovations to various care settings had made it possible to create the spaces needed for various new strategic services in which nurses are fully involved and which should foster greater integration. Setting up the infrastructure needed to implement a centralized wait list, for example, helped create a single point of entry for health services for certain target patients (e.g. MHS, POS, ASE). Developing this infrastructure (offices, telephone lines, information systems, documentation) placed nurses at the centre of the care integration process by giving them a set of resources with which to manage requests for services and patients' records, and to conduct assessments, set priorities, initiate treatments, and direct patients toward other appropriate services. The implementation of a system to manage COPD patients was another example of how providing certain material conditions, such as organizing physical spaces to accommodate all care team members (nurse, respirologist, respiratory therapist) and supplying all the necessary material and equipment, had facilitated various nursing interventions. These included systematically applying pulmonological assessment protocols, using digital tools to monitor patients, and developing educational capsules for patients. For participants, the various

arrangements involving new construction or renovation and investments in certain equipment (e.g. meeting rooms, computer equipment, consultation rooms, and rooms for examinations or specific interventions) were interpreted as an appropriate response to the different needs associated with functioning as a network: physical spaces for meetings and conversations, communication and monitoring from a distance, and intra- and inter-establishment interactions. Despite these investments, various factors related to the physical environment were perceived as important constraints to the integration of services provided by nurses. The limitations of physical spaces, which in many cases were considered too small and poorly adapted, made it difficult not only to accommodate patients, but also to deploy personnel optimally and to gather all members of the interdisciplinary team around patients. Lack of space in the oncology centre, for example, limited the number of patients that could be seen daily, the quantity and type of services that could be provided, and even the number of nurse navigators and other professionals who could practice on the unit at the same time. Nurses had to go from one place to another in the organization to ensure continuity of care to patients, or to attend team meetings or training activities. Furthermore, the merger of several organizations that were geographically dispersed inevitably resulted in physical distance between professionals in the different missions (e.g. primary care, hospital care, residential care for the elderly) who were expected to work together. According to the participants, this geographical dispersion of facilities, with the associated dispersion of equipment, patients, and personnel, posed a significant challenge for communication, complicated interdisciplinary activities, forced both patients and staff to navigate among the different facilities, and ultimately made continuity of care more difficult to achieve.

*“We don’t have enough space in the oncology unit, because the amount of traffic has increased significantly, the clinic is overloaded. Even if we wanted another nurse navigator, there wouldn’t be any room for her. The care is less personalized, there is more assembly-line work, and the wait times are too long (6-7 hrs for 30 min. of treatment). Luckily, there is an expansion project underway. All the services will be located together and there will be less patient movement. Which is much appreciated by the patients and professionals” (POS) (free translation).*

### Technological resources

In terms of technological resources, participants pointed out several assets available to the organization for fostering nursing practice to support integrated care, reinforce communication and exchange with other professionals, and mitigate the negative impacts of geographic dispersion. The intranet, widely deployed and accessible across the organization, was associated with an integrative function because of the opportunities it offered, both clinically and administratively, as well as for training. It was presented as a lever for ensuring liaison among different members of the care team, communicating information in a timely manner, and promoting a high quality of practice. For example, for the nurses working in ASE, whose patients have numerous and complex health problems, the intranet was a useful consultation tool for exchanges on clinical practices and for promoting best practices. A second asset mentioned was the progressive implementation of computerized medical records. Because it created conditions that facilitated data organization, access, and circulation, the computerized medical record was widely considered to be a lever for encouraging care coordination among nurses and facilitating interactions with other members of the interdisciplinary team. For example, a designated nurse used computerized medical records to identify patients who were high users of emergency services, then made the necessary arrangements to coordinate and mobilize the interdisciplinary team to respond optimally to these patients’ needs for care and



services. A third asset consisted of computer-based resources, such as specialized software, that provided nurses with monitoring and assessment tools to ensure better care coordination. A software program developed especially for COPD patients and used by nurses in FMGs and ambulatory care centres helped systematize patient assessment and monitoring and provided a shared tool for intervention and coordination used by nurses, respiratory therapists, and physicians.

The possibilities associated with these technological resources were, however, limited by certain obstacles. Nurses complained about slow deployment of computerized medical records, about obsolescence of the technological tools, which were not updated quickly enough to keep up with technological advances, and about inadequate support for professionals who need to use these technologies (training, availability of support technicians, time required to use them, etc.).

*“Computerized records have not enabled technological support for a daily watchlist available to practitioners in the network. We are dependent on maintaining the ‘pop-up’ of information, there is no mechanism to alert the team when someone arrives in emergency” (Mporc) (free translation).*

In all, participants strongly associated the organization’s level of investment in the three types of resources (physical, technological, and human) with the creation of conditions fostering greater integration of the care provided by nurses. Such investments depended very much on the budget allocated to the organization. The MSSS or the Health and Social Services Agency (ASSS) provided funding for specific projects (e.g. development and implementation of a clinical project). However, participants’ general perception was that the organization had very little room to manoeuvre when it came to investing in resources required for the integration

project. They saw this underfunding as a major cause of the various structural obstacles to integration mentioned above: physical space constraints, insufficient personnel for key care-provision functions, obsolete technologies.

**Clinical-administrative processes:** Six main process-related factors were seen as having a determining influence on nursing practices to support integrated care, involving both administrative (governance mechanisms, service organization, quality and performance management) and clinical aspects (introduction of care integration roles, support for interdisciplinary team work, capacity strengthening).

#### Governance mechanisms

With respect to governance, participants first highlighted efforts made by the organization to promote a shared vision of care integration and to set some broad orientations. In particular, these efforts took the form of activities to involve different groups, including nurses, in developing an organizational project and a strategic plan for the institution. Such activities included, for example, days of reflection, consultation meetings, training sessions, collective problem-analysis approaches, and problem-solving discussion groups or workshops. Another strategy seen as facilitating was the implementation of governance structures to ensure collective responsibility for the integration project and allow shared leadership to be developed at all levels of the organization. This resulted in participative management approaches that included, among other things, interdisciplinary workshops, working committees at different organizational levels involving employees from different shifts and points of service, the use of

various spokespersons representing different groups in the organization, and a relative increase in clinical-administrative meetings through which the contributions of the different organizational groups could be solicited. Nurses in the different pathways were engaged to varying degrees in the process of carrying out the clinical project. The Nursing Directorate itself (which includes the Director of Nursing at the HSSC and plays a key role in all strategic decisions related to the organization and delivery of care and services) invested in promoting a cross-disciplinary view of patient care, using clinical nursing consultants. At a more operational level, nurses were directly involved in developing the care pathways. The mental health liaison nurse developed a process for emergency room triage assessment of patients with mental health problems that enabled them to be referred more rapidly to the appropriate service. A clinical nurse consultant with a master's degree developed and implemented a project to evaluate high users of emergency room services, with mechanisms for interdisciplinary follow-up of these patients (COPD). Participants interpreted these various activities as developing an integration-oriented culture that was based on providing more opportunities for interactions among the actors (health professionals and managers), creating a variety of spaces for collaboration and learning, and involving the actors in various collective learning processes.

Nevertheless, despite the efforts that had been made, participants noted various gaps in governance that explained the delays seen in service integration. In contrast to the ideal of shared leadership originally espoused, leadership was fragmented among different departments whose interventions were not sufficiently coordinated, which impeded care continuity in the care pathways. One respondent in mental health explained, for example, that for a mental health patient with multiple pathologies, the departments of physical and mental health needed to work

together, which was not always the case. Moreover, while the subcultures of certain units or institutions (e.g. CLSCs, primary care mental health services) are very much accustomed to interdisciplinary work and referral mechanisms, other settings, such as hospitals, have maintained a culture of working in silos. Another problem mentioned by several participants was the different actors' varying levels of involvement in the change process, depending on their settings. Some nurses in the COPD pathway working in the medical unit expressed frustration at feeling marginalized in these change processes.

*“It’s a big machine, things are complicated. Before, it was smaller. Was it better? I don’t know. Sometimes the trouble arose from questions of values between groups. Adjustments have to be made on all sides; departments, managers, coordinators, practitioners. There are many small cultures that have to be plugged in (ASE) ... Things change, there are links that form, we weren’t as closely tied to the CLSC before. In some ways, it’s also gotten more weighed down. People don’t quite know who to refer to anymore when there’s a need” (MHS) (free translation).*

They reported that they had not been involved in any way in the change process, not due to lack of interest, but rather because they had not been given the opportunity. Other participants noted that some professionals were reluctant to engage in the change processes for various reasons: misgivings, negative perceptions of change, lack of information. Rumours circulating to the effect that a number of nursing positions in secondary care (e.g. intermediary resources) in the MHS pathway would be cut in order to open nursing positions in primary care (e.g. home care) naturally raised concerns among the nurses involved.

## Service organization models

In this area, participants referred to various service reorganization processes and clinical-administrative instruments that were associated with better patient management and with the capacity to provide a better-coordinated range of services. They spoke about three types of processes. The first were processes to strengthen links between primary and secondary care teams. One example was a program of shared services between the two levels. There was a significant service to support general practitioners in the territory, wherein a contact psychiatrist helped clarify diagnoses and made recommendations regarding medical treatments. The second type involved processes and tools to facilitate patient navigation of the system and refer them to the most appropriate services. This involved developing, for example: detailed maps of MHS pathways; protocols to guide follow-ups and transfers to appropriate services; service provision guidelines for the oncology nurse navigator or for nurses managing the wait list; mechanisms to clarify the roles of professionals providing ASE services; and intervention instruments, such as decision-support tools and intervention plans tailored to the patient's condition for ASE nurses. The third type of process consisted of grouping together in one location a set of complementary services provided by an interdisciplinary team to respond more effectively to the needs of certain types of clientele (e.g. intake clinic in respirology, palliative care centre, general practitioner/psychiatrist shared services program).

*“There again, everything goes to secondary. There's an issue there. So, do I try to make secondary care more competent to provide services to patients with serious conditions, to make it functional and efficient? If so, that's excellent, but what do I do with primary care that then isn't keeping up? This takes some thought. It's the major challenge” (Mpod) (free translation).*

However, certain obstacles were mentioned as factors that impeded the above-mentioned processes. The obstacles included, among others: resources being concentrated in secondary care, slowing the deployment of primary care services; a lack of knowledge about the range of existing services, both among patients and among the professionals themselves; professionals' scope of practice often being defined more by their position or assignment to a given unit than by patients' needs; and a narrow conception of care pathways that only partially covers patients' real needs. The inclusion criteria determining patients' access to certain care pathways were seen as limiting the management of a variety of situations, especially for patients with multiple pathologies. For instance, professionals working in the COPD pathway could not manage on their own the substance use problems presented by some of their patients.

#### Quality and performance management

In this area, participants listed three facilitating factors as levers used to foster nursing practice aligned with organizational orientations regarding care integration. The first had to do with the professionals' efforts to align care with best practices. For example, in ASE the nurses and physiotherapists adopted the same practices for mobilizing residents, based on evidence drawn from the literature. In another case, a pressure sore protocol for patients receiving terminal care at home was adopted by the key professionals involved: nurses and occupational therapists. The second factor had to do with the organization's vigilance in compiling statistics on several nursing-sensitive quality indicators. These indicators included, among others: smoking cessation rates (nicotine addiction clinic); numbers of hospitalizations and lengths of stay; effectiveness of patient education activities in relation to symptom management (COPD

clinic); levels of service use (high users of emergency services); numbers of consultations (oncology nurse navigator, primary care mental health nurse, ASE wait list managers); and occupancy rates for stretchers in psychiatric emergency or in palliative care. The third factor involved reports that were required to be submitted to various internal and external bodies (regional agency; accreditation bodies; professional associations; local complaints commissioner; users' committee; quality assurance committee; council of physicians, dentists, and pharmacists; council of nurses; etc.) regarding services, including those provided by nurses. Participants associated several of these reporting instruments with a desire to assess nurses' performance, whether directly or indirectly: staff and patient surveys as part of the accreditation process; patient satisfaction questionnaires; stretcher occupancy rates in MHS; and incident/accident reports.

According to participants, however, implementation of these performance management tools masked several significant limitations. The instruments (measurement tools, information systems) used to measure the quality of nursing services were still considered inadequate. Several new roles had been introduced (e.g. palliative care nurse navigator, COPD liaison nurse) and had not yet been formally evaluated.

*“Unfortunately, we know that performance associated with stretcher occupancy rates is more important than the level of performance in quality of care. A drop in performance could mean we risk losing stretcher to [physical] medicine for example. In all that, is the quality of patient care really being evaluated?” (MHS) (free translation).*

The gap between needs and resources, as well as the pressure associated with certain performance requirements (mainly in terms of service volumes), generated significant stress for

the personnel. In the MHS ambulatory clinic, a key performance indicator was the number of patient assessments performed daily. The oncology unit's recognition as a regional cancer centre depended, among other requirements, on the number of patients managed by the nurse navigator.

### Introduction of care integration roles

In this area, participants referred repeatedly to several new nursing roles that were considered integrative roles: liaison nurse, nurse navigator, nurse clinician consultant, case manager, network professional. These roles were seen as levers for improving the coordination of services for certain target patient groups, for supporting them in transitioning among different levels of care, for ensuring more rapid access to certain professional resources, and for optimizing the use of those services through more accurate referrals of patients needing them. The oncology nurse navigator contributed to care integration by orchestrating the oncology patients' medical records. At work, she was available to respond to her patients' needs, made connections between the various health professionals (e.g. multidisciplinary team) involved in patients' care, and ensured that patients were appropriately followed both outside and inside the department of oncology, as needed. The liaison nurse in the medical unit contributed to the COPD care integration process by mobilizing necessary resources and linking with professionals to ensure patients continued to be followed, mainly after discharge or upon returning home. The ASE nurse clinician consultant looked after the quality of care provided to elderly patients by all institutions in the network. Based on her comprehensive overview, she ensured that nursing services to these patients were optimized; she did clinical coaching and



developed tools, protocols, and collective prescriptions; and she trained teams in collaboration with physicians and pharmacists.

However, participants noted many obstacles to full deployment of these new roles. Several participants reported that a significant proportion of clinicians and managers had a poor understanding of these roles and their potential, resulting in under-utilization of the persons in these roles. Another major difficulty had to do with financial constraints, which often made it difficult to ensure the sustainability of positions associated with these roles.

*“I could see myself intervening more in complex care situations. I am not being used at full capacity. Since I can move between facilities, I could easily act as a bridge between situations, which is not often enough the case”* (POS) (free translation).

Finally, because these roles were not very standardized in terms of how they were defined and enacted, they varied considerably depending on the specifics of different settings and professionals. The resulting ambiguity added to the complexity of collaborating with other members of the interdisciplinary team, thus impeding integration of care.

#### Support for collaboration

On this theme, participants referred to four types of activities they perceived as being levers for promoting collaboration among team members and for coordinating their interventions more effectively.

The first type of activity involved strengthening methods of communication and transmission of clinical information. The progressive deployment of computerized medical records in all the CSSS settings was perceived as an important resource for transmitting clinical information. In addition to the computerization of medical records, various activities were used to develop new tools for exchanging information, making referrals, and following patients. The second type of activity consisted of putting in place shared working tools to improve patient management: progressive implementation of the nursing treatment plan, in which all nursing team interventions were recorded; development of standardized protocols and care tools based on best practices, involving collaboration between physicians and nurses. The third type consisted of increasing opportunities for intra- and interprofessional interaction by making more dedicated spaces available; holding monthly meetings and admission/discharge meetings in the ASE pathway; attendance at regional interdisciplinary round tables by nurses in the MHS pathway; and initiatives that were currently being introduced to hold more systematic interdisciplinary and team meetings in the MHS pathway. The fourth type of activity consisted in creating or strengthening roles dedicated to clinical coordination. Nurse clinician consultants, nurse navigators, and liaison nurses were working to support teams in adopting new practices and working tools and in coordinating their interventions more effectively. The RISPA nurse (*Réseau intégré de soins pour la personne âgée*—Integrated network of care for the elderly) was mandated to coordinate the activities of all professionals involved in providing care to elderly patients. An oncology nurse was assigned to manage all transfers to palliative care and to ensure coordination among the various professionals and managers involved in these transfers. According to participants, the possibilities associated with these various activities were constrained by several factors: a lack of human resources; difficulties encountered by the

people in these positions making themselves available for team activities, such as interdisciplinary meetings; a lack of preparation for interdisciplinary work; difficulties encountered by some professionals in interacting or sharing information with others; variability in the opportunities available to different professionals depending on their work context (e.g. fewer opportunities for interaction among persons working evening and night shifts, or working in relative isolation—such as the smoking cessation nurse—or even those in care units where the culture of holding interdisciplinary meetings was less developed).

*“One mentality and philosophy that should be changed would be to remove the words ‘my patient’ from our vocabulary. It’s ‘our patient’ or ‘the patient you referred to me’... Also, to see other professionals as complementary, rather than as threatening. There are people who want to do everything with their patient, rather than using the strengths of everyone, which would enable the person to move forward ... and bring other ideas and intervention possibilities to our team discussions” (MHS) (free translation).*

### Capacity strengthening

In this area, participants referred to the organization’s investments in two main types of activities that supported nursing practices to support integrated care. First, the implementation of care pathways gave nurses access to several new learning opportunities. Interdisciplinary meetings, involvement in the development of new tools and service models, and participation in working committees were perceived as opportunities to acquire knowledge and develop competencies needed to implement more integrated care. Along the same lines, participants highlighted the support received in communities of practice and in intra- and interdisciplinary co-development groups. In POS, for example, the tumour board, made up of members of the medical, professional, and nursing team, provided regular opportunities to discuss complex cases and reach consensus on the best treatments. Second, the organization had engaged nurse

clinicians, nurse consultants, nurse navigators, and liaison nurses in a series of activities aimed at offering formal training activities, promoting self-study activities, and providing clinical support to nurses, such as through coaching or mentoring. Nurses with a particular expertise were invited to present training capsules or lunch conferences on topics of interest related to best practice development. The main obstacle to implementing these activities was nurses' lack of availability, in contexts often characterized by inadequate staffing or excessive workloads. In addition, because of the physical distances involved, training tended to be designed for each setting rather than around care pathways, making standardization more complex.

*“Certainly, having moments to think, to review your situation, and to create the opportunity to share with other practitioners, it’s amazing how enriching it is, but it’s not easy within the organization or for a nurse in the SAD [home support] who has to answer for her day’s caseload” (MHS) (free translation).*

#### **4.3.8. Discussion**

A series of driving forces (demographic, epidemiological, social, and economic) is pushing a transformation of healthcare system practices toward greater integration of care. Organizations' capacity for response in terms nursing practices to support integrated care is a black box that until now has hardly been explored. This study has opened that black box and shown that this capacity for response can be expressed through two types of complementary interventions that involve: 1) investing in a set of key resources and renewing organizational structures; and 2) deploying a series of organizational and clinical-administrative processes. This analysis was conducted based on the study of an HSSC confronted with the same challenges faced by most HSSCs in Quebec. In addition, all health institutions at the national

and international levels confronting fragmentation of care and the need to rationalize care and services through better integration are faced with these challenges. The case was analyzed with regard to the investments made by the organization, the strategies adopted, stakeholders' perceptions of these strategies, and gaps still to be addressed. The results, summarized in figure 18, show that the organization's capacity for response to the driving forces calling for more nursing practices to support integrated care is mitigated.

In terms of resources, integration efforts took the form of investments in implementing and staffing new strategic services, re-organizing physical infrastructures, and deploying new technological resources. According to study participants, however, these investments had limited impacts in several study environments and were not sufficient to offset a persistent set of constraints related, among other things, to insufficient human resources, slow deployment of computerized medical records, lack of space to accommodate interdisciplinary teams, and the geographic dispersion of facilities. Moreover, the current context of the healthcare network is marked by massive budget cuts. These conclusions highlight the importance of investing in the work environment as one of the fundamental levers that must be fully activated to create a supportive context for integrative practices. Work environment refers to a set of properties having to do with the arrangement of infrastructures, the physical and spatial organization of work, the availability and organization of material and technological resources, human resources staffing, and the availability of a set of psychosocial resources (Chaudhury, Mahmood et Valente, 2009; Page. A. Editor, 2004). Various writings on the topic of structural *empowerment* discuss the impact of these structural factors on nurses' provision of services (Orgambidez-Ramos et Borrego-Alés, 2014; Spence Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk, 2001). These

factors pertain to nurses' access to a variety of conditions and resources that support them in carrying out their tasks: information, sources of support in the organization, material resources, and possibilities for professional advancement. Two decades of research on Magnet hospitals have shown that a work environment in which there is adequate staffing and access to a variety of sources of professional support is associated with improved services to patients (Kelly, McHugh et Aiken, 2011). Other studies on high-performing systems have shown that they are characterized by access to a certain number of resources (technological, informational, human) that give them the ability to innovate in their service production processes (Baker, Macintosh-Murray, Porcellato, Doinne, Stelmacovich et Born, 2008). All of this converging evidence shows that the lever provided by the work environment was not fully activated in the case examined in the present study, given the persistent problems.

In terms of organizational processes, the integration efforts made in the study case resulted in a variety of activities aimed at renewing governance, introducing participative management approaches, improving the flow of care pathways, and promoting continuous quality improvement. Here again, these efforts were offset by difficulties related to fragmented leadership, poor knowledge about the care pathways on the part of both patients and care providers, and shortcomings in quality monitoring.

These conclusions highlight three levers that were only partially activated in this service transformation process: the exercise of shared leadership; the systematization and instrumentation of care pathways and their alignment with the work structure; and the production of information on quality. With regard to leadership, a study that examined, among

other things, the topic of clinical governance has shown that high-performing health organizations are characterized not only by a strong management team, but also by shared and collective effort, and a joint commitment by clinicians and managers at all levels to steering and implementing improvement initiatives (Ham, 2003). Regarding systematization of care pathways, using such a lever gives organizations the possibility of standardizing practices, programming and structuring clinical interventions more effectively, and aligning them with the best evidence and practices to optimize patient pathways (Plante et Joannette, 2009). This involves being able to develop and implement standardized protocols on a large scale, to develop and implement shared intervention tools, and to adopt and institutionalize proven guidelines and practices, supported by strong evidence. With regard to producing information on quality, such a lever makes it possible to generate information needed to substantiate the analysis of care processes, diagnose problems early, and implement evidence-based solutions (Cavalière, 2014a), thereby laying the foundations for learning systems in which clinicians and managers have access to the information needed to assess the quality of their services and to ensure continuous improvement (Cavalière, 2014a). This case analysis showed a definite will to activate each of these three levers, but with interventions that did not have the full impact needed to overcome obstacles and achieve the desired results.

In terms of clinical processes, the integration efforts led to a variety of activities aimed at developing new roles, promoting collaboration among clinicians, and strengthening the capacities of service providers. However, advances in this area were offset by delays in the deployment of new roles, a continued low intensity of interdisciplinary interactions, and practice conditions that did not leave professionals enough time to engage in learning activities and

capacity strengthening. These findings indicate that two levers were not used to their full potential in the case examined: reinforcement of coordination, supervision, and clinical support mechanisms; and capacity strengthening.

The lever of clinical coordination reflects the notion of clinical leadership and refers to implementing an infrastructure that would support teams in adopting new work practices and would also promote intra- and interprofessional collaboration (Ham, 2003). It involves consolidating the leadership of various intermediate managers (program heads, coordinator) and mobilizing professionals in their role of facilitating, coordinating, and supporting their peers (multiplying agents, expert clinicians, patient navigator) (Cavalière, 2014a). Such a coordination infrastructure can serve as a platform to create more frequent opportunities for interaction and exchange among team members (interdisciplinary meetings, case discussions, team meetings), ensure the communication and transmission of clinical information, implement tools to reinforce interdisciplinary work (e.g. interdisciplinary assessment forms, interdisciplinary intervention plans). This lever also refers to integrator roles that go by a variety of names (e.g. liaison officers, case managers, patient navigators), providing many opportunities to reinforce the coordination of services for target user groups, support them in their transitions among different care levels, and ensure more rapid access to certain professional resources (Huber, 2014).

The capacity-strengthening lever refers to strategies and teaching methods that should be deployed to support transformation processes. These investments in personnel, their professional development, and learning processes can help improve not only care provision and



patient or client satisfaction, but also the satisfaction of professionals (Becker et Huselid, 1998). The amounts invested can also be recovered thanks to increased efficiencies generated by improvements in management processes and service provision.

The results of this study should be interpreted in light of two main limitations. The first is that this analysis was based on a single case study. Despite the richness of this case and the similarity between the issues seen here and those facing the great majority of HSSCSs in Quebec, we cannot exclude the possibility that other levers might have been identified if the sample had been expanded to include a wider variety of institutions and settings.

The second limitation concerns the essentially perceptual nature of the data upon which the study was based. While this made it possible to address the questions through multiple stakeholders' viewpoints, some of the factual information provided by participants was not verified. Despite these limitations, this study shed light on the main levers that organizations can employ to encourage the implementation and institutionalization of integrative nursing practices in their efforts to lessen the current fragmentation of services.

#### **4.3.9. Conclusions**

This study indicates that progress in this area will require a combination of strategies that involve mobilizing several complementary levers: a supportive work environment; shared leadership; systematization and instrumentation of care pathways, and their alignment with the work structure; production of information on quality; reinforcement of coordination,

supervision, and clinical support mechanisms; and capacity strengthening. This study highlights the fact that progress in implementing these more integrative practices will necessarily require rethinking the deployment of certain organizational resources and structures. However, beyond structural aspects, fundamental changes are also needed across all clinical and organizational processes.

### **Competing interests**

The authors have no competing interests.

### **Authors' contributions**

CL conceived the study, collected, analyzed and interpreted the data, and wrote the first draft of the paper. CAD commented on the study design and on the analysis and interpretation of the data, and edited successive drafts of the paper. Both authors read, revised, and approved this final version.

### **Acknowledgements**

The authors thank the Centre for Training and Expertise in Nursing Administration Research (FERASI) and the Quebec Network on Nursing Intervention Research (Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec - RRISIQ), for its financial support, as well as everyone who participated in the interviews.

## **4.3.10. References**

- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmachovich, K., & Born, K. (2008). Learning from High-Performing Systems: Quality by Design *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design* (pp. 11-26). Toronto, ON: Longwoods Publishing.
- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53-101.
- Benigeri, M. (2014). *Les urgences au Québec: évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Québec, Qc: Commissaire à la santé et au bien-être.

- Bernier, L. (2012). *Les pratiques stratégiques dans les réseaux intégrés de services de santé*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada)
- Bertalanffy, L. (1968). *Théorie générale des systèmes* Trad: Jean Benoît Chabrol. Paris, Dunod, 1973. (ISBN 978-2040075040, 978-2100018413 et 978-2100063499)
- Cavalière, R. (2014a). *La gouvernance infirmière: Condition de succès de la transformation du réseau*. (Mémoire). Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Cavalière, R. (2014b). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Montréal, QC: Ordre de infirmières et infirmiers du QUÉbec. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z. M. et Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. M. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (p. 35-36). Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2009). The Effect of Environmental Design on Reducing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings: A Review and Analysis of the Literature. *Environment and Behavior*, 41(6), 755-786.  
doi:10.1177/0013916508330392
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Ste-Foy, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Collerette, P., Lauzier, M., & Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (pp. 273-287). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Graetz, F & Smith, A (2010). Managing organizational change. A philosophies of change approach. *Journal of Change Management*. 10 (2). p. 134-154.  
<http://dx.doi.org/10.1080/14697011003795602>

- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373), 1978-1980. doi:10.1016/s0140-6736(03)13593-3
- Huber, D. (2014). *Leadership and Nursing Care Management*. Saint-Louis, MI: Elsevier, Saunders.
- Juhel, A., & Anctil, H. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien* (n° 04-710-01). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>.
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 41(10), 428-433. doi:10.1097/NNA.0b013e31822eddbbc
- LeMoigne (1997). *Comprendre la complexité dans les organisations*. Edgar Morin. Lille Cedex. ASPEPS édition. 85 pages. 978-2-907977-40-1
- Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/724-MaladiesChroniques.pdf>.
- Lewin, K. (1951). Field theory in Social Science. Dans D. Cartwright (dir.), *Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Row.
- Longpre, C., et Dubois, C. A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Serv Res*, 15, 84. doi:10.1186/s12913-015-0720-8
- Longpre, C., Dubois, C.A., Nguemeleu, E.T. (2014). Associations between level of services integration and nurses'workplace well-being. *BMC Nursing*, 13 (1), 50. doi: 10.1186/s12912-014-0050-x
- Malo, D., Grenier, R. et Gratton, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 154-180.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (M. Hlady Rispal, Trans. 2e ed.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Minkman, M. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. (Doctoral thesis, Erasmus University, Pays-Bas). Repéré à

[http://www.vilans.nl/docs/vilans/over\\_vilans/pdf/Proefschrift\\_Mirella\\_Minkman\\_Developing\\_Integrated\\_Care.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf)

- Orgambídez-Ramos, A., & Borrego-Alés, Y. (2014). Empowering Employees: Structural Empowerment as Antecedent of Job Satisfaction in University Settings. *Psychological Thought*, 7 (1).
- Page, A. Editor. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: National Academics Press.
- Plante, A., & Joannette, S. (2009). Centre intégré de cancérologie de la Montérégie : L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : Le processus. Partie 2. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 19(2), 6.
- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, M., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Levesque, J.-F., & Ouellet, D. (2007). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport méthodologique de l'analyse des contextes*. Québec, QC: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/772-AccServiSanteRapMetho.pdf>.
- Scott, W. R., Ruel, M., Mendel, P. et Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Wagner, E. H., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. doi:0.1377/hlthaff.20.6.64
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (3 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

## **CHAPITRE 5. DISCUSSION GÉNÉRALE**

## 5.1. Principales contributions de l'étude

Selon le cadre conceptuel d'analyse des réseaux de soins de Cazale, Touati et Fleury, (2007), l'intégration des services est un processus éminemment complexe, est sujet à l'influence de diverses variables contextuelles (organisationnelles et institutionnelles), donne lieu à des changements fondamentaux dans les pratiques professionnelles et modifie favorablement les résultats découlant de la production de services. En portant attention à ces diverses variables et à leurs interrelations, cette étude a été conçue de façon à approfondir plus spécifiquement la compréhension des dynamiques d'évolution de la pratique infirmière dans un contexte d'intégration des soins en mettant l'accent sur trois principaux enjeux: une pratique infirmière permettant de répondre aux exigences d'intégration des soins, les possibilités et les menaces associées à ces changements pour le bien-être au travail des infirmières, la capacité à supprimer les verrous organisationnels et institutionnels susceptibles de nuire aux efforts d'intégration. À cet égard, les différents volets de cette étude auront permis d'apporter trois contributions majeures.

Un premier apport se situe sur le plan de la mesure de la pratique infirmière et de son évolution dans un contexte d'intégration des soins. Cette étude a fourni l'occasion d'adapter, de valider et d'expérimenter un outil de mesure des pratiques intégratives développé originalement en anglais en contexte Européen; « *The Development Model for Integrated Care* » (DMIC) (Minkman, 2011). Cet outil adapté a ensuite été administré à l'échelle d'une organisation de soins de santé au Québec, en vue d'évaluer le niveau de mise en œuvre d'une variété de pratiques

intégratives liées au travail de l'infirmière. L'adaptation et la validation de cet outil auront permis de combler une lacune importante dans ce champ de recherche.

Bien que la notion d'intégration des soins de santé ait fait l'objet de nombreux efforts de conceptualisation, peu d'instruments permettent, à ce jour, d'opérationnaliser ces modèles conceptuels et de mesurer de manière fiable et valide les changements dans les pratiques associées aux efforts d'intégration. Lyngso, Godtfredsen, Host et Frolich (2014) ont constaté, à partir d'une revue systématique, certaines limites importantes dans la plupart des instruments recensés qui ne couvrent que de façon partielle les dimensions d'intégration des soins et donnent souvent lieu à des interprétations diverses et ambiguës. Ces auteurs insistent ainsi sur l'importance d'investir dans le développement de nouveaux outils ou de poursuivre la validation et le développement d'instruments de mesure déjà existants. L'instrument proposé par Minkman (2011) a été élaboré selon un processus méthodologique rigoureux, incluant une vaste recension d'écrits et des consultations avec des experts (Minkman, 2011). Ce modèle permet de pallier en grande partie les limites identifiées dans la plupart des instruments en couvrant un large éventail de pratiques intégratives qui touchent diverses dimensions du processus de prestation des services. L'application de cet outil validé et adapté à une organisation de santé au Québec a offert la possibilité d'évaluer le degré d'implantation de 89 activités associées à une pratique intégrative, de tenir compte de neuf dimensions de la pratique intégrative et de situer les TdeS à l'une ou l'autre des quatre étapes d'avancement du processus d'intégration.

Les résultats ont démontré non seulement d'importantes variations dans le développement de l'intégration entre les TdeS, mais aussi un décalage entre l'évolution de la



pratique infirmière et l'introduction des changements visant une plus grande intégration des soins. Un grand nombre d'activités essentielles à l'intégration des soins sont en réalité occultées dans la pratique. Certaines dimensions sont simplement absentes des TdeS alors que d'autres ne sont abordées que de façon restreinte. Trois des quatre TdeS (*SaMe*, *Mpoc*, *SoAu*) se sont situées aux niveaux les moins avancés d'intégration. Seule la TdeS *PaOn* s'est située à un niveau plus avancé d'intégration.

Ces résultats font écho à d'autres travaux dans lesquels il a également été constaté un décalage persistant entre les objectifs d'intégration mis au cœur des récentes réformes et l'évolution des pratiques professionnelles (Connor, Cooper et McMurry, 2016). Plusieurs travaux en soins infirmiers ont souligné que l'intégration implique l'acquisition d'habiletés et de compétences spécifiques associées à un fonctionnement en réseau pour lesquelles les infirmières sont actuellement peu formées (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007; Gendron, Gagnier et Plante, 2005). Connor, Cooper et McMurry (2016) ont mis en lumière les difficultés rencontrées par les cliniciens à échanger l'information entre eux, à travailler en équipe et en interdisciplinarité et à assurer un suivi systématique de la clientèle. Ces lacunes ont pour effet de maintenir une offre de services peu coordonnée, séquentielle ou parallèle de plusieurs intervenants, ne permettant pas de répondre adéquatement aux besoins de patients souffrant, par exemple, de maladies chroniques. Dans le même sens, plusieurs travaux ont mis l'accent sur diverses capacités et pratiques qui doivent être renforcées pour créer ce contexte plus favorable à l'intégration telles que le soutien à l'exercice du leadership (Higgins, 2014), l'implantation des systèmes de gestion de cas (Hung, Rundall, Tallia et al. 2007; Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron et Pinard, 2007), le travail inter-établissement, les initiatives d'harmonisation des

pratiques entre les organisations et les professionnels qui s'inscrivent en opposition aux silos existants entre les organisations et les professionnels (St-Pierre, Sévigny, Gauthier, Tourigny et Dallaire, 2009), la combinaison des rôles cliniques et de gestion (Spehar, Frich et Kjekshus, 2014) ou encore l'engagement et l'implication des professionnels dans le processus du changement qui se manifeste, par exemple, par la participation à diverses tables de travail (Kaissi, 2014).

Une deuxième contribution de cette étude fut de tenir compte de l'expérience de travail des infirmières impliquées dans les changements associés aux processus d'intégration. En dépit des recherches extensives sur le concept d'intégration, l'impact de ces transformations sur l'expérience au travail du personnel impliqué et leur santé au travail n'avait bénéficié, jusqu'à présent, que de peu d'intérêt. Alors qu'une vaste littérature examine l'intégration des soins sous l'angle des processus d'organisation et des effets sur les patients, moins de considération a été accordée à l'impact de ces processus sur les professionnels de la santé, dont les infirmières (Davies et al., 2011; Kodner et Spreuwenberg, 2002 ; Shortell, 2009). La satisfaction par rapport à l'intégration des soins a été abondamment examinée selon la perspective des patients, mais très peu selon une perspective des fournisseurs de soins, malgré le rôle reconnu de ces changements comme générateurs de stress au travail (Lachmann, Larose et Pénicaud, 2010). En s'appuyant sur la théorie transactionnelle du stress (Lazarus et Folkman, 1984), cette étude a permis de rendre compte comment ces processus d'intégration, qui viennent modifier de manière fondamentale l'environnement de travail, influent sur le bien-être au travail des prestataires de services.

Les résultats indiquent que le processus d'intégration engendre deux principaux types de réactions chez les infirmières. Lors des *phases* préliminaires d'intégration des soins expérimentées dans trois des quatre TdeS, au moment où les changements se mettent graduellement en place, on observe davantage des réactions de nature négative, telles qu'un haut niveau de stress négatif, une faible stimulation positive et un niveau de satisfaction amoindri. À une *phase* plus avancée d'intégration (étape III) expérimentée dans une seule des quatre TdeS, on observe des réactions de nature positive, marquées par une stimulation positive par le travail, un faible niveau de stress négatif et un niveau de satisfaction plus élevé. Ces résultats appuient ceux de Zid (2006) qui s'est intéressé à la mise en œuvre des changements organisationnels et a démontré que chaque *phase* du changement correspond à l'émergence d'émotions particulières. Selon cet auteur, les périodes de changement au travail sont associées à des émotions négatives (p.ex. méfiance et frustration) et des émotions positives (p.ex. espoir, confiance) s'inscrivent davantage dans un contexte routinier.

Cette étude a aussi permis de rendre compte de l'importance de la signification que les infirmières accordent aux changements. L'impact du processus d'intégration sur le bien-être des infirmières et leur santé dépend fortement de la manière dont elles perçoivent le changement, confirmant les hypothèses du modèle *Flexihealth* (2004) sur la relation entre le changement organisationnel et le bien-être au travail. Une perception de ce changement en tant que menace influence négativement le bien-être au travail (Longpré, Dubois et Nguemeleu, 2014). Ces données concordent avec les résultats de divers travaux qui se sont intéressés aux répercussions des changements sur les individus. Dolan, Gosselin, Carrière et Lamoureux (2002) ont démontré que le stress émerge lorsque l'environnement est perçu comme une menace pour la personne,

en raison de ses exigences excessives ou de besoins non comblés pour assumer son travail. Pour s'adapter aux changements, les individus évaluent dans quelle mesure ces derniers peuvent mettre en danger leur bien-être et ils s'interrogent sur les stratégies à mettre en œuvre pour y faire face (Morin, 1996).

Ces résultats font aussi écho à une perspective humaniste, où l'attention est portée sur les individus perçus comme étant les moteurs du changement. Une telle perspective accorde de l'intérêt aux transitions émotives et cognitives associées aux changements (Bareil, 2004), à l'importance des données perceptuelles dans l'adaptation aux changements (Lazarus et Folkman, 1984, Bareil, 2004), aux facteurs de résistance aux changements (Collerette, Lauzier et Schneider, 2013) ou encore aux capacités diverses d'adaptation au changement (Lazarus et Folkman, 1984). Selon Le Zid (2006), les ressources humaines constituent les principaux moteurs des transformations des organisations. Le changement organisationnel ne peut se réaliser et apporter les résultats escomptés qu'en prenant en compte les perceptions des individus concernés, leurs préoccupations et leurs besoins (Bareil, 2004).

Ces résultats proposent des pistes concernant les stratégies d'intervention à privilégier, en termes de pratiques de gestion des ressources humaines, afin d'assurer une expérience positive de travail pour les infirmières en contexte d'intégration. Il s'agit, entre autres, d'atténuer les effets des facteurs qui peuvent constituer une menace pour les infirmières, particulièrement en début d'implantation des projets d'intégration, d'identifier et d'agir sur les principales sources de préoccupations et de résistance au changement des infirmières, de mobiliser leur participation et d'assurer leur implication à toutes les étapes du processus de changement ou,

encore, de promouvoir des environnements de travail qui soient propices à l'épanouissement professionnel.

Une troisième contribution de cette étude fut de mettre en lumière un ensemble de conditions qui doivent être réunies à l'échelle de l'organisation pour assurer un soutien adéquat aux efforts d'intégration des services et contribuer à leur succès. À partir de la perspective des infirmières et des autres acteurs directement impliqués dans le processus d'intégration des soins, nous avons pu identifier trois types de leviers pouvant être mobilisés pour accélérer l'avancement de l'intégration : les processus organisationnels, les processus clinico-administratifs, les investissements dans des ressources clés et dans le renouvellement de certaines structures organisationnelles.

Sur le plan des processus organisationnels, divers mécanismes qui ont cherché à renouveler la gouvernance, à instaurer des stratégies de gestion participative, à rendre plus fluides les parcours de soins et promouvoir l'amélioration continue de la qualité ont été identifiés comme autant de leviers favorables à une meilleure intégration. Plusieurs de ces mécanismes figurent parmi ceux qui sont souvent utilisés pour caractériser les organisations de santé hautement performantes: un effort partagé et collectif et un engagement conjoint des cliniciens et des gestionnaires, à tous les paliers, dans la mise en place de changements (Ham, 2003). La gestion participative offre la possibilité d'impliquer les professionnels dans le renouvellement des services, de normaliser les pratiques, de mieux programmer et structurer les interventions cliniques et de réguler des pratiques des professionnels en agissant aux différents niveaux de soins (Brault, Roy et Denis, 2008). En ce qui concerne la production de l'information sur la

qualité des soins, elle permet de générer les renseignements nécessaires afin d'étayer l'analyse des processus de soins, diagnostiquer précocement les problèmes et mettre en œuvre des solutions fondées sur des données probantes (Cavalière, 2014a).

Sur le plan des processus cliniques, diverses activités ayant contribué à développer des rôles intégrateurs, à promouvoir la collaboration entre les cliniciens et à renforcer les compétences des prestataires de services ont été identifiées comme autant de leviers favorables à une meilleure intégration. Ces résultats font écho à la notion de leadership clinique et indiquent l'importance de la mise en place d'une infrastructure adéquate pour aider les équipes à s'approprier les nouvelles pratiques de travail et promouvoir les collaborations intra et inter professionnelles (Cavalière, 2014b; Ham, 2003). Huber (2014), souligne que les rôles intégrateurs contribuent à renforcer la coordination des services, accompagner les personnes dans leurs transitions entre différents niveaux de soins et assurer un accès plus rapide à certaines ressources professionnelles. Ces résultats indiquent également l'importance des stratégies et méthodes d'apprentissage qui doivent être déployées pour appuyer de tels processus de transformation.

Sur le plan des ressources, les résultats ont mis en lumière l'importance des investissements dans la mise en place et la dotation de nouveaux services stratégiques, le réaménagement des infrastructures physiques et le déploiement de nouvelles ressources technologiques pour soutenir l'ensemble des processus clinico-administratifs et organisationnels susmentionnés. Ces résultats concordent avec ceux de divers travaux portant sur l'*empowerment* structurel (Orgambídez-Ramos et Borrego-Alés, 2014). L'information, les

sources de soutien dans l'organisation, les ressources matérielles et les possibilités d'avancement professionnel ont été identifiées dans ces travaux comme un ensemble de facteurs structurels qui reflètent l'accès des infirmières à diverses conditions et ressources essentielles à l'accomplissement de leurs tâches (Orgambídez-Ramos et Borrego-Alés, 2014; Spence Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk, 2001). Les travaux sur les *Magnet Hospitals* vont dans un sens similaire. Ils démontrent qu'un environnement de travail caractérisé par un niveau suffisant de dotation et l'accès à diverses sources de soutien professionnel sont associés à une amélioration des services pour les patients (Kelly, McHugh et Aiken, 2011). Les organisations de santé identifiées comme hautement performantes se distinguent également par l'accès à un certain nombre de ressources (technologiques, informationnelles, humaines) qui leur confèrent la capacité d'innover dans leur processus de production de services (Baker, MacIntosh-Murry, Porcellato et al. 2008).

Ces résultats sont importants parce qu'ils offrent des pistes quant aux investissements qui doivent être privilégiés dans l'accompagnement des efforts d'intégration. Ils montrent non seulement l'importance d'effectuer une pluralité d'interventions en mobilisant simultanément divers leviers, mais aussi la nécessité d'agir à tous les paliers organisationnels afin d'obtenir les effets escomptés.

En résumé, on observe un portrait d'intégration contrasté selon les TdeS (article 1), à savoir que le bien-être des infirmières semble lié au processus d'intégration et à leur perception de ce processus (article 2) et qu'il convient d'identifier les leviers et les difficultés liés à la pratique infirmière relativement à des facteurs structurels, organisationnels et professionnels.

## 5.2. Perspective infirmière

Les thématiques de cette recherche touchent de près celles associées à l'approche *caring* développée par Watson (2006). Les notions d'intégration des soins, de pratiques intégratives et de bien-être au travail font écho au concept d'*humanisation des soins* qui est au cœur de l'approche *caring*. Selon Watson (2006), le *caring* découle d'une relation d'une part, entre la personne, la famille et la communauté considérées comme une unité et l'infirmière et, d'autre part, avec le monde et l'environnement. Cette coopération, fondée sur l'intentionnalité et la conscience, peut être vue comme une assise importante pour l'humanisation des soins en ce sens qu'elle cherche à concilier les aspirations des personnes avec celles des organisations (Cara, Nyberg et Brousseau, 2011). L'arrimage entre des perspectives cliniques, organisationnelles et structurelles préconisé par l'intégration des soins s'inscrit dans cette perspective de *caring* et d'humanisation des soins.

Le premier objectif de cette étude s'est appuyé sur les prémisses selon lesquelles le développement des mécanismes d'intégration implique inévitablement le renouvellement des pratiques professionnelles et de gestion afin que celles-ci soient davantage centrées sur les personnes et adaptées à leurs besoins. Tout comme le souligne le *caring*, l'intégration des soins est vue comme un moyen de promouvoir de meilleures pratiques, construire un milieu de travail favorable et dispenser des soins de qualité en misant sur une redéfinition des rôles, une vision et des valeurs partagées et le développement de la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle (Cara, 2004, Cara et O'Reilly, 2008).



Le deuxième objectif de cette étude qui s'intéresse au vécu et aux perceptions des infirmières dispensant des soins dans un contexte d'intégration fait appel à une plus grande humanisation dans les conditions de travail. Une telle humanisation consiste à prendre en compte les besoins des patients, mais aussi des professionnels qui sont exposés à de fortes pressions souvent liées à des objectifs économiques deshumanisants (Bondas, 2003). Tel que le précisent Pepin, Kerouac et Ducharme (2010), les stratégies issues d'une vision de *caring*, sont à la base de la satisfaction du personnel.

Le troisième objectif de cette étude a consisté à observer l'impact de la structure, des ressources et des processus de l'organisation sur le développement des pratiques professionnelles. Faisant appel à l'humanisation des conditions organisationnelles, les prémisses du *caring* sont à la base d'un processus de cocréation, d'une culture favorable à l'innovation permettant de redéfinir l'organisation (Drucker, 2005) et d'une expression de stratégie créative soutenant l'ouverture à la connaissance, la formation de partenariat et la qualité optimale. L'infirmière gestionnaire qui s'inspire du *caring* développe des partenariats solides, ne compromet pas la qualité des soins à cause des contraintes financières, favorise la cocréation de communautés de pratique permettant de prendre en compte les besoins des patients, des professionnels et de l'organisation (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010).

### **5.3. Limites de l'étude**

Les résultats de cette étude doivent être globalement interprétés en tenant compte de trois principales limites ayant touché l'un ou l'autre des trois volets.

La première limite a trait à la taille de l'échantillon utilisé pour le volet quantitatif de l'étude. Avec un total de 107 questionnaires complétés, il y avait moins de 30 répondants dans trois des quatre TdeS étudiées. Ce nombre limité de répondants par TdeS a ainsi limité la réalisation de différentes analyses statistiques plus approfondies, dont des comparaisons des pratiques intégratives et des scores de bien-être au travail selon les différents milieux (CLSC, CH, CHSLD) ou selon les différents groupes de répondants (p.ex. titre d'emploi, niveau de formation). Les frontières de l'étude restreintes à celle d'un seul établissement de santé (CSSS) ont aussi constitué un handicap. Bien que le milieu sélectionné présente des caractéristiques et des enjeux organisationnels et professionnels similaires à la vaste majorité des CSSS au Québec, une plus grande variété d'établissements incluant des milieux universitaires, urbains et ruraux auraient contribué à renforcer la validité externe de l'étude et élargir la portée des résultats à des contextes plus diversifiés.

La deuxième limite de l'étude concerne la sélection des champs d'investigation. Les problèmes examinés dans cette étude et leur conceptualisation font référence à une grande quantité de variables reliées. Pour des raisons de faisabilité et pour tenir compte de la taille de l'échantillon, des choix ont dû être effectués quant aux hypothèses à examiner. Certaines variables du modèle *Flexihealth* (p.ex. réactions émotionnelles, processus d'évaluation personnelle) et quelques questions du DMIS portant, par exemple, sur les prédictions envisageables à court et moyen terme du développement des pratiques qui sont actuellement non prévalentes dans les milieux, n'ont pu être considérées, en dépit d'un intérêt potentiel.

Les résultats relèvent que les TdeS présentent des portraits contrastés en terme de niveau d'avancement de l'intégration. Par ailleurs, il est à noter que ces TdeS étudiées sont constituées de structures organisationnelles, professionnelles et culturelles diverses et répondent à des missions variées. L'influence des spécificités liées à la nature des programmes qui pourraient expliquer les niveaux d'intégration des TdeS obtenus n'ont pas été prise en compte. Aussi, les analyses ont démontré des relations statistiques significatives entre le niveau d'avancement du processus d'intégration et le bien-être au travail des infirmières. En dépit de ces résultats, il importe de se questionner sur l'influence potentielle des portraits contrastés entre les TdeS qui peuvent constituer en soi des sources de satisfaction ou encore de stress pouvant influencer le bien-être au travail des infirmières. Par ailleurs, ces diverses relations possibles entre les caractéristiques des TdeS et le bien-être au travail n'ont pas été prises en comptes dans les analyses statistiques menées. Finalement, les analyses qualitatives effectuées n'ont pas permis d'identifier la présence ou non de contrastes entre les perceptions des répondants selon leur titre d'emploi, leur milieu de travail ou encore, leur fonction assumée.

La troisième limite concerne la nature transversale de l'étude dictée par un souci de faisabilité. Une perspective longitudinale aurait pu avoir une portée analytique plus importante et aurait été particulièrement indiquée pour l'étude d'un processus en développement comme celui de l'intégration. Ainsi, la perspective transversale n'a pas permis de suivre l'évolution des projets d'intégration dans les organisations, d'effectuer des analyses comparatives dans le temps, d'observer le rythme d'implantation de diverses modalités d'intégration dans les différentes TdeS ou encore d'identifier la nature des obstacles à surmonter à différents moments.

#### 5.4. Recommandations pour la recherche

Au regard des limites précédemment mentionnées, trois recommandations peuvent être formulées pour de futures recherches :

1) Utiliser de plus larges échantillons afin d'examiner les dynamiques d'évolution de la pratique infirmière en contexte d'intégration. Cet échantillonnage élargi devrait chercher à étendre les observations à un plus grand nombre d'infirmières, à une plus grande variété d'acteurs constituant l'équipe interdisciplinaire (médecins, groupes communautaires, gestionnaires) et à une variété d'établissements et de TdeS. Cet échantillonnage serait également utile pour effectuer des validations complémentaires des instruments de mesure, approfondir la compréhension du processus d'intégration et ses mécanismes de développement, comparer les résultats (suivant les milieux et les types de répondants) et accroître le potentiel de généralisation des résultats.

2) Étendre l'analyse à d'autres variables d'intérêt. L'utilisation intégrale du modèle *Flexihealth* (2004) permettrait d'élargir l'analyse en prenant en compte divers autres prédicteurs potentiels du bien-être au travail, tels que certaines variables individuelles (l'estime de soi, le locus de contrôle, le support social). Ce modèle offre aussi la possibilité d'observer les conséquences des changements organisationnels associés aux diverses étapes d'intégration (ou niveaux d'avancement) sur des indicateurs spécifiques de santé physique (p.ex. affection cardiorespiratoire, troubles digestifs, fatigue) et mentale (p.ex. dépression, troubles de la concentration, angoisses) des infirmières. Ainsi, il serait pertinent d'examiner, par exemple,

comment chacune des étapes de développement de l'intégration influe non seulement sur les niveaux de stress et de satisfaction mais aussi sur l'émergence de problèmes de santé physique et mentale chez les infirmières. Il serait pertinent d'examiner les relations possibles entre certaines caractéristiques organisationnelles des TdeS et de ses impacts sur les niveaux d'avancement de l'intégration des soins ou encore sur le bien-être au travail. Examiner les relations possibles entre les niveaux d'intégration et les processus cliniques et organisationnels sous-jacents ou encore les différences de perceptions en fonction des caractéristiques sociodémographiques contribuerait à enrichir la réflexion.

3) Envisager une perspective longitudinale d'étude afin de suivre l'évolution des projets d'intégration dans les organisations. Cette perspective permettrait d'évaluer les changements qui s'opèrent dans le cours de mise en œuvre d'un processus d'intégration et de mieux comprendre comment un tel processus affecte l'évolution de diverses variables. Cette perspective peut être pertinente pour comparer dans le temps les processus de changements, examiner l'évolution des perceptions des différents acteurs à différentes étapes de développement des projets d'intégration, observer le rythme d'implantation de diverses modalités d'intégration dans les différentes TdeS ou rendre compte des leviers et obstacles professionnels et organisationnels qui jouent un rôle critique en soutenant les efforts d'intégration lors des différentes étapes.

## **5.5. Recommandations pour la pratique**

En dépit des limites qui ont été susmentionnées, cette étude apporte un certain nombre de résultats qui, non seulement contribuent à la compréhension des mécanismes d'intégration

des soins, mais ont aussi une portée pratique, dans la mesure où ces résultats suscitent des actions prioritaires. Les résultats suggèrent trois recommandations majeures pour la pratique clinique et la gestion.

1) Investir dans la formation de base et continue des infirmières et des membres de l'équipe interdisciplinaire. Cette recommandation vise à apporter une réponse aux lacunes constatées dans la mise en œuvre de pratiques intégratives, notamment la faible implantation et la lenteur dans l'appropriation de ces pratiques. Ces besoins de formation se posent, entre autres, en regard de l'approche collaborative, l'interdisciplinarité, les mécanismes de partage de l'information, l'optimisation des rôles professionnels, le leadership clinique. Des activités de renforcement des capacités sur ces divers registres auraient pour impact de faciliter les processus de transformation de la pratique, d'outiller les infirmières de façon telle qu'elles puissent faire face aux exigences et défis de pratiques associés au développement de l'intégration des soins et de favoriser et faciliter l'implication des infirmières dans ces processus de changement. Le renforcement de capacités devrait également combler les lacunes constatées en ce qui concerne la mesure et l'analyse des résultats de soins prodigués au sein d'une TdeS, au moyen d'indicateurs de rendement uniformisés. La formation permettrait de sensibiliser ces dernières aux impacts potentiels des facteurs organisationnels (économiques, politiques, techniques et légaux) sur la dispensation de soins centrés sur les besoins du patient.

2) Outiller les gestionnaires afin de leur permettre d'anticiper, prévenir et prendre en charge les effets secondaires pouvant résulter des efforts d'intégration. Cette recommandation vise à répondre au constat selon lequel les efforts d'intégration peuvent se traduire par des

conséquences indésirables sur le bien-être au travail. Par conséquent, les gestionnaires ont tout intérêt à porter une attention particulière aux ressources humaines dans la mise en œuvre de tels changements et ces derniers doivent être outillés en matière de gestion de ces changements. Certaines recommandations peuvent être déployées, particulièrement lors des étapes préliminaires de mise en œuvre des changements, afin de minimiser le stress négatif ressenti. Bareil (2010), s'est intéressée à comprendre les réactions des équipes lors des changements organisationnels et à agir auprès d'elles. Son modèle propose d'évaluer sept phases de préoccupations et de comprendre ce que vivent les personnes à chaque étape du processus. L'évaluation des préoccupations représente un axe d'intervention permettant d'intervenir judicieusement et au bon moment. Mettre en place de tels processus d'intégration peut être favorisé par une analyse du contexte, l'identification au préalable des principales préoccupations des parties prenantes, l'implication active de tous les acteurs concernés leur permettant ainsi d'exercer un meilleur contrôle tant individuel que collectif sur les événements, ainsi que l'encouragement aux initiatives créatives de la part du personnel. Ces exemples de stratégies pourraient contribuer à atténuer les perceptions négatives des acteurs liées aux changements et les conséquences négatives qui en résultent au plan de leur santé et de leur bien-être au travail.

3) Créer un milieu de travail habilitant. Cette recommandation vise à répondre à divers facteurs identifiés comme autant de contraintes au succès des efforts d'intégration : insuffisance de ressources clés à l'intégration et processus organisationnels et cliniques non optimisés ou déficients. La création de tels environnements implique un ensemble d'investissements qui doivent toucher les aspects suivants: les espaces physiques de travail, les technologies de l'information, la dotation en personnel, le soutien à la coordination clinique, le renforcement

des liens intra/interdisciplinaires, la création de postes ou de fonctions dédiés au déploiement des mécanismes d'intégration professionnels ou organisationnels, les outils de communication, les formations professionnelles, l'harmonisation des outils de soins et d'évaluation du rendement.

## **5.6. Conclusion générale**

Les travaux effectués dans le cadre de cette thèse de doctorat indiquent que l'intégration des soins demeure un concept complexe et multidimensionnel qui nécessite un engagement soutenu des acteurs concernés à tous les paliers organisationnels. Les résultats font état d'un décalage significatif persistant entre l'évolution de la pratique infirmière et les objectifs d'une meilleure intégration des soins visés par les réformes importantes et successives des dernières années. Les résultats montrent également une association significative entre les processus d'intégration des soins et le bien-être au travail des infirmières. Les initiatives d'intégration peuvent être marquées par la présence d'un stress négatif dans les premières *phases* mais ensuite laisser place à un bien-être au travail accru, une fois ce processus plus avancé. Finalement, cette étude aura permis de mettre en lumière la présence de multiples leviers que peuvent utiliser les organisations pour favoriser la mise en œuvre et l'institutionnalisation de pratiques infirmières intégratives. Les progrès, à cet égard, nécessitent un ensemble de stratégies découlant de la mobilisation de multiples leviers : des leviers structurels mais aussi des processus organisationnels et cliniques.



Les résultats de cette thèse et les recommandations pour la clinique et la recherche qui en découlent peuvent constituer une source d'inspiration pertinente pour les cliniciens, les gestionnaires, les décideurs, les enseignants et les chercheurs désireux d'effectuer des progrès en matière d'intégration de soins. Sur le plan du développement des connaissances, ces résultats peuvent alimenter les réflexions des cliniciens et gestionnaires relativement au développement et à l'évaluation de leur pratique. Pour les enseignants, de tels résultats peuvent constituer une ressource adéquate permettant de soutenir la formation et le transfert de connaissances en matière d'intégration. En ce qui concerne l'amélioration de la pratique, ces résultats peuvent guider les cliniciens et les gestionnaires quant aux mesures à adopter afin d'optimiser les rôles et les interactions interdisciplinaires au sein de TdeS. Ils peuvent éclairer les décideurs et les gestionnaires sur les mesures à mettre en œuvre pour favoriser le changement des pratiques et minimiser les effets négatifs associés au contexte en transformation sur la santé des divers acteurs. Sur le plan de la recherche, ces résultats apportent des éclairages complémentaires concernant les défis posés par les processus d'intégration des soins pour la pratique infirmière et sur les principaux leviers professionnels, structurels et organisationnels qui doivent être mobilisés afin de faciliter le développement et l'institutionnalisation des pratiques intégratives. De tels résultats ouvrent de nouvelles pistes de recherches et offrent en même temps des assises sur lesquelles les chercheurs peuvent s'appuyer pour continuer à approfondir les connaissances dans ce domaine.

## RÉFÉRENCES

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004). *Le Centre de santé et de services sociaux : au coeur de la nouvelle organisation de services* [Brochure]. Montréal, QC: Bibliothèque et Archives nationales du Québec: Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31385>.
- Allaire, L., Alderson, M. et St-Jean, M. (2005). *La gestion par programmes-clientèles : un miroir aux alouettes pour les infirmières gestionnaires de programmes?* Communication présentée 1er colloque canadien de recherche sur la santé mentale et le travail, Montréal, Qc. Repéré à [http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDEFile/4459.PDF?Archive=191327991950&File=4459\\_PDF](http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDEFile/4459.PDF?Archive=191327991950&File=4459_PDF)
- Allaire, Y., Bédard, G., Bélanger, S., Brault, I., Dahms, R., Gfeller, D. P., . . . Gingras, Y. (2014). *Faire mieux autrement : propositions pour une gouvernance axée sur le patient. Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux*. Montréal, QC: Institut sur la gouvernance d'organisation privées et publiques (igapp). Repéré à <https://igopp.org/>
- Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, CA: Sage.
- Anaf, S. et Sheppard, L. A. (2007). Mixing research methods in health professional degrees: Thoughts for undergraduate students and supervisors. *The Qualitative Report*, 12(2), 184-192.
- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J. et Horsburgh, M. E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(4), 8-32.
- Arthur, H. M., Suskin, N., Bayley, M., Fortin, M., Howlett, J., Heckman, G. et Lewanczuk, R. (2010). The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan: Cardiac rehabilitation as an exemplar of chronic disease management. *Can J Cardiol*, 26(1), 37-41.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2004). Fiche sur le concept d'intégration des services : direction des programmes (*Mise en place des centres de santé et des services sociaux, outils de gestion : cahier de l'équipe de direction* (Vol. 3.3). Montréal, QC: Auteur.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2005). *Mise en place des centres de santé et de services sociaux : fiches sur la synthèse et recension des expériences sur l'intégration des services*. Outils de gestion de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Direction des programmes. Repéré à [http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Outils\\_gestion/Section5/section5\\_1.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Outils_gestion/Section5/section5_1.pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020: visions pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON. Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux : une révision des rôles et des responsabilités s'impose*. Québec, QC: AQESSS. Repéré à [http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Grands\\_dossiers/gouvernance/AQE-1781\\_Document\\_final\\_Gouvernance60.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Grands_dossiers/gouvernance/AQE-1781_Document_final_Gouvernance60.pdf).

Auclair, M., Samson-Saulnier, G., Clapperton, I., Rousseau, L., Abdelaziz, N. et Duval, M. (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: Projet clinique - Document principal* (p. 1-81). Québec, QC: Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.mmm.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

Aucoin, L. (2004). La prestation des services intégrés-synthèse. *info-veille.com, Québec*.

Aucoin, L. (2005). *La réforme du réseau de la santé et des services sociaux et l'importance du réseau local*, Centre de santé et de services sociaux Jardin-Roussillon.

- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K. et Born, K. (2008). Learning from High-Performing Systems: Quality by Design. Dans G.R. Baker, A. & C. MacIntosh-Murray (dir.), *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design* (p. 11-26). Toronto: ON: Longwoods Publishing.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal, QC: Les Éditions Transcontinental inc. .
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., . . . Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système : synthèse pour politiques*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf).
- Beaulieu, M.-D. (2013). Clinical pathways: Unique contribution of family medicine. *Canadian Family Physician*, 59(6), 705.
- Becker, B. E. et Huselid, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53-101.

- Béland, F. (2010). Intégration des services (gériatrie). Dans JH Stone & M Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*: En ligne: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/266/>.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P. et Hummel, S. (2007). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles : une expérience québécoise. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 219-243). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Benigeri, M. (2014). *Les urgences au Québec: évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Québec, Qc: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Bernier, L. (2012). *Les pratiques stratégiques dans les réseaux intégrés de services de santé*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).
- Berry, L. et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ottawa, ON: La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914. doi: 10.1001/jama.288.15.1909
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E. et Von Korff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791-820. doi: 10.1111/1475-6773.00049
- Bourque, D. (2004). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires* (n° 04-32). Montréal, QC: Université du Québec à Montréal. Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales: Repéré à [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf\\_transversal/cahier04\\_32.pdf](http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/cahier04_32.pdf).

- Brami, L., Damart, S. et Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168-189. doi: 10.3917/mav.061.0168
- Bratcher, C. R. et Bello, E. (2011). Traditional or centralized models of diabetes care: the multidisciplinary diabetes team approach. *J Fam Pract*, 60(11 Suppl), S6-11.
- Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J.-L. (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. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3201>
- Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625 à 646): Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c
- Burns, L. R. et Pauly, M. V. (2002). Integrated Delivery Networks: A Detour On The Road To Integrated Health Care? *Health Affairs*, 21(4), 128-143. doi: 10.1377/hlthaff.21.4.128
- Cara, C. M., Nyberg, J. J. et Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nurs Adm Q*, 35(1), 6-14. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182048c10

- Caris, P. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (n° 00-702). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>.
- Cavalière, R. (2014a). *Mémoire. La gouvernance infirmière: Condition de succès de la transformation du réseau (Mémoire)*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Cavalière, R. (2014b). Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Cazale, L., Touati, N. et Fleury, M.-J. (2007). La mise en oeuvre des réseaux intégrés : expérimentations et évaluations en Montérégie. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 194-217). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale et Stratégie canadienne antidrogue (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (n° H39-599/2001-2F). Ottawa, ON: Santé Canada. repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf).
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z. M. et Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. M. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (p. 35-36). Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chaudhury, H., Mahmood, A. et Valente, M. (2009). The Effect of Environmental Design on Reducing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings: A Review



and Analysis of the Literature. *Environment and Behavior*, 41(6), 755-786. doi: 10.1177/0013916508330392

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa, ON. Conseil Canadien d'agrément des services de santé. Repéré à <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>

Cole, L. et Houston, S. (1999). Linking outcomes management and practice improvement. Structured care methodologies: Evolution and use in patient care delivery. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 53-59; Quiz 59-60.

Collerette, P., Delisle, G. et Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Ste-Foy, QC: Presse de l'Université du Québec.

Collerette, P., Lauzier, M. et Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Collerette, P., Schneider, R. et Legris, P. (2003). La gestion du changement organisationnel - Quatrième partie- L'adaptation au changement. *IISO Management Systems*, 1 (1), 56-64.

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers et Comité consultatif des ressources humaines en santé (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes : rapport final*. Ottawa, ON: Santé Canada. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2002-cnac-cccsi-final/index-fra.php>.

Commission de restructuration des services de santé (1997). *Message de la Commission de restructuration des services de santé : vision et conception du système de santé de l'Ontario*. Toronto, ON: Gouvernement Ontarien.

Connor, M., Cooper, H. et McMurry, A. (2016). The Gold Coast Integrated Care Model. *International Journal of Integrated Care*, 16 (3)(2). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2233>

- Conrad, D. A. et Shortell, S. M. (1996). Integrated health systems: Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199. doi: 10.3917/spub.082.0191
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52. Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf)
- Contandriopoulos, A.-P., Pouvourville, G., Poullier, J.-P. et Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI<sup>e</sup> siècle. Dans M.-P. Pomery, J.-P. Poullier & B. Lejeune (dir.), *Santé publique : état des lieux, enjeux et perspectives* (p. 637-667). Paris, France: Ellipses.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L. et Dubois, C.-A. (2009). Produire des organisations pour réformer les systèmes de santé. Dans A.-P. Contandriopoulos, Z. Hartz, M. Gerbier & A. Nguyen (dir.), *Santé et citoyenneté : les expériences du Brésil et du Québec* (p. 181-213). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, G., Lanctôt, C. et Rheault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 10-722-01). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf>.
- Cox, T., Griffiths, A. et Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on Work Related Stress. European Agency for Safety and Health at Work*. Luxembourg: Office of Official Publications of the European Communities.
- Cox, T., Karanika-Murray, M., Griffiths, A., Wong, Y. et Hardy, C. (2009). *Developing the Management Standards approach within the context of common health problems in the*

*workplace: A Delphi study*. Institute of Work, Health & Organisations. University of Nottingham. : Health and Safety Executive.

Creswell, J. W. (2009). *Research desing: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (3e<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, CA: Sage publications.

Creswell, J. W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Thousand Oaks CA: Sage Publications. Inc.

Creswell, J.W. et Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting Mixed Methods Research*. 2ND Édition. Sage Publications. Inc. ISBN: 9781412994019

Crozier, M et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Editions du Seuil, Paris

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin-Rodriguez, L. S. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188-201. doi: 10.1186/1472-6963-8-188

D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessionnal education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604

D'Amour, D., Tremblay, D. et Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 273-287). Montréal, QC: Gaëtan Morin.

Davies, S. L., Goodman, C., Bunn, F., Victor, C., Dickinson, A., Iliffe, S., . . . Froggatt, K. (2011). A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Services Research*, 11(Suppl. 1), 320-340. doi: 10.1186/1472-6963-11-320

- de Bonnières, A., Estryng-Behar, M. et Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 9(4), 167-176. doi: 10.1016/j.medpal.2010.02.002
- Denis, J.-L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada* (n° CP32-79/36-2002F-IN). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. et Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. Dans D. Brock, M. J. Powell & C. R. Hinings (dir.), *Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law* (p. 105-130). London, UK: Routledge.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y.S (2017). *The Sage handbook of Qualitative Research*. Editeurs: Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln. 5<sup>e</sup> édition.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C. et St-Onge, M. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal, QC: Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Réseau Universitaire intégré de santé. Repéré à [http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf).
- Dobzansky, T. G. (1966). *L'homme en évolution*. (Traduit par G. Pasteur & S. Pasteur). Paris, France: Flammarion.
- Dolan, S. L., Gosselin, E. et Carrière, J. (2012). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.
- Dolan, S. L., Gosselin, E., Carrière, J. et Lamoureux, G. (2002). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.

Dubois, C.-A. et D'Amour, D. (2012). *Renouveler l'organisation des soins infirmiers pour soutenir la pratique professionnelle*. Communication présentée XVIIe Colloque de CII-CIR Montréal. QC. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque\\_cii\\_2012/Jour\\_1\\_13h30\\_CADubois\\_DDamour.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2012/Jour_1_13h30_CADubois_DDamour.pdf)

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004). *Le Centre de santé et de services sociaux : au coeur de la nouvelle organisation de services [Brochure]*. Montréal, QC: Bibliothèque et Archives nationales du Québec: . Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs31385>

Allaire, L., Alderson, M. et St-Jean, M. (2005). *La gestion par programmes-clientèles : un miroir aux alouettes pour les infirmières gestionnaires de programmes?* Communication présentée 1er colloque canadien de recherche sur la santé mentale et le travail, Montréal, Qc. Repéré à [http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDFile/4459.PDF?Archive=191327991950&File=4459\\_PDF](http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDFile/4459.PDF?Archive=191327991950&File=4459_PDF)

Allaire, Y., Bédard, G., Bélanger, S., Brault, I., Dahms, R., Gfeller, D. P., . . . Gingras, Y. (2014). *Faire mieux autrement : propositions pour une gouvernance axée sur le patient. Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux*. Montréal, QC: Institut sur la gouvernance d'organisation privées et publiques. Repéré à <https://igopp.org/>

Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, CA: Sage.

Anaf, S. et Sheppard, L. A. (2007). Mixing research methods in health professional degrees: Thoughts for undergraduate students and supervisors. *The Qualitative Report*, 12(2), 184-192.

Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J. et Horsburgh, M. E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(4), 8-32.

- Arthur, H. M., Suskin, N., Bayley, M., Fortin, M., Howlett, J., Heckman, G. et Lewanczuk, R. (2010). The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan: Cardiac rehabilitation as an exemplar of chronic disease management. *Can J Cardiol*, 26(1), 37-41.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006). *Vers 2020: visions pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux : une révision des rôles et des responsabilités s'impose*. Québec, QC: AQESSS. Repéré à [http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Grands\\_dossiers/gouvernance/AQE-1781\\_Document\\_final\\_Gouvernance60.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/Grands_dossiers/gouvernance/AQE-1781_Document_final_Gouvernance60.pdf)
- Auclair, M., Samson-Saulnier, G., Clapperton, I., Rousseau, L., Abdelaziz, N. et Duval, M. (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: Projet clinique - Document principal*. Québec, QC: Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K. et Born, K. (2008). Learning from High-Performing Systems: Quality by Design. Dans G. R. Baker, A. & C. MacIntosh-Murray (dir.), *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design* (p. 11-26). Toronto, ON: Longwoods Publishing.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal, QC: Les Éditions Transcontinental inc. .
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., . . . Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système : synthèse pour politiques*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf)
- Beaulieu, M.-D. (2013). Clinical pathways: Unique contribution of family medicine. *Canadian Family Physician*, 59(6), 705.
- Becker, B. E. et Huselid, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53-101.
- Béland, F. (2010). Intégration des services (gériatrie). Dans J. H. Stone & M. Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*: En ligne: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/266/>.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P. et Hummel, S. (2007). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles : une expérience québécoise. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 219-243). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Benigeri, M. (2014). *Les urgences au Québec: évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Québec, QC: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Bernier, L. (2012). *Les pratiques stratégiques dans les réseaux intégrés de services de santé*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).

- Berry, L. et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ottawa, ON: La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Bertalanffy, L. (1968). *Théorie générale des systèmes* Trad: Jean Benoît Chabrol. Paris, Dunod, 1973. ([ISBN 978-2040075040](#), [978-2100018413](#) et [978-2100063499](#))
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914. doi: 10.1001/jama.288.15.1909
- Bondas, T.E (2003). Caritative leadership, Ministering to the patients. *Nursing administration Quarterly*, 27 (3), 249-253
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E. et Von Korff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791-820. doi: 10.1111/1475-6773.00049
- Bourque, D. (2004). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires* (n° 04-32). Montréal, QC: Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales: . Repéré à [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf\\_transversal/cahier04\\_32.pdf](http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/cahier04_32.pdf)
- Brami, L., Damart, S. et Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168-189. doi: 10.3917/mav.061.0168
- Bratcher, C. R. et Bello, E. (2011). Traditional or centralized models of diabetes care: the multidisciplinary diabetes team approach. *J Fam Pract*, 60(11 Suppl), S6-11.
- Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J.-L. (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. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.

Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3201>

Briand, C. et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625 à 646). Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c

Burns, L. R. et Pauly, M. V. (2002). Integrated Delivery Networks: A Detour On The Road To Integrated Health Care? *Health Affairs*, 21(4), 128-143. doi: 10.1377/hlthaff.21.4.128

Cara, C. (2004). Le Caring en 2004: le vivre dans sa pratique au quotidien. Conférence d'ouverture, 26e colloque de l'international Association for Human Caring, Montréal QC.

Cara, C., et O'Reilly (2008). S'Appropriier la théorie du human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.

Cara, C. M., Nyberg, J. J. et Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nurs Adm Q*, 35(1), 6-14. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182048c10

- Caris, P. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (n° 00-702). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>
- Cavalière, R. (2014a). *La gouvernance infirmière: Condition de succès de la transformation du réseau [Mémoire]*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Cavalière, R. (2014b). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Cazale, L., Touati, N. et Fleury, M.-J. (2007). La mise en oeuvre des réseaux intégrés : expérimentations et évaluations en Montérégie. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 194-217). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale et Stratégie canadienne antidrogue (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (n° H39-599/2001-2F). Ottawa, ON: Santé Canada. Repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf)
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z. M. et Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. M. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (p. 35-36). Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chaudhury, H., Mahmood, A. et Valente, M. (2009). The Effect of Environmental Design on Reducing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings: A Review

and Analysis of the Literature. *Environment and Behavior*, 41(6), 755-786. doi: 10.1177/0013916508330392

Chidress, S., Elmore, R et Grossman, A (2006). How to manage urban school districts. *Harvard Business Review* 84 (11), 55-68

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa, ON: Conseil canadien d'agrément des services de santé. Repéré à <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>

Cole, L. et Houston, S. (1999). Linking outcomes management and practice improvement. Structured care methodologies: Evolution and use in patient care delivery. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 53-59; Quiz 59-60.

Collerette, P., Delisle, G. et Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Ste-Foy, QC: Presse de l'Université du Québec.

Collerette, P., Lauzier, M. et Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

Collerette, P., Schneider, R. et Legris, P. (2003). La gestion du changement organisationnel - Quatrième partie- L'adaptation au changement. *IISO Management Systems*, 1(1), 56-64.

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers et Comité consultatif des ressources humaines en santé (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes : rapport final*. Ottawa, ON: Santé Canada. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2002-cnac-cccsi-final/index-fra.php>

- Commission de restructuration des services de santé (1997). *Message de la Commission de restructuration des services de santé : vision et conception du système de santé de l'Ontario*. Toronto, ON: Gouvernement Ontarien.
- Connor, M., Cooper, H. et McMurry, A. (2016). The Gold Coast Integrated Care Model. *International Journal of Integrated Care*, 16((3)). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2233>
- Conrad, D. A. et Shortell, S. M. (1996). Integrated health systems: Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199. doi: 10.3917/spub.082.0191
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001a). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52. Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf)
- Contandriopoulos, A.-P., Pouvourville, G., Poullier, J.-P. et Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXIe siècle. Dans M.-P. Pomery, J.-P. Poullier & B. Lejeune (dir.), *Santé publique : état des lieux, enjeux et perspectives* (p. 637-667). Paris, France: Ellipses.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001b). Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L. et Dubois, C.-A. (2009). Produire des organisations pour réformer les systèmes de santé. Dans A.-P. Contandriopoulos, Z. Hartz, M. Gerbier & A. Nguyen (dir.), *Santé et citoyenneté : les expériences du Brésil et du Québec* (p. 181-213). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.

- Côté, G., Lanctôt, C. et Rheault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 10-722-01). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf>
- Cox, T., Griffiths, A. et Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on Work Related Stress. European Agency for Safety and Health at Work*. Luxembourg, Belgique: Office of Official Publications of the European Communities.
- Cox, T., Karanika-Murray, M., Griffiths, A., Wong, Y. et Hardy, C. (2009). *Developing the Management Standards approach within the context of common health problems in the workplace: A Delphi study*. Institute of Work, Health & Organisations. University of Nottingham: Health and Safety Executive.
- Creswell, J. W. (2009). *Research desing: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (3e<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, CA: Sage publications.
- Creswell, J. W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Inc.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin-Rodriguez, L. S. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(8), 188-201. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessionnal education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 273-287). Montréal, QC: Gaëtan Morin.

- Davies, S. L., Goodman, C., Bunn, F., Victor, C., Dickinson, A., Iliffe, S., . . . Froggatt, K. (2011). A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Services Research*, 11(Suppl. 1), 320-340. doi: 10.1186/1472-6963-11-320
- de Bonnières, A., Estry-Behar, M. et Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 9(4), 167-176. doi: 10.1016/j.medpal.2010.02.002
- Denis, J.-L. (2002a). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada* (n° CP32-79/36-2002F-IN). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>
- Denis, J.-L. (2002b). *Governance and management of change in Canada's health system* (n° CP32-79/36-2002E-IN). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002E.pdf>
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. et Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. Dans D. Brock, M. J. Powell & C. R. Hinings (dir.), *Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law* (p. 105-130). London, UK: Routledge.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C. et St-Onge, M. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal, QC: Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Réseau Universitaire intégré de santé. Repéré à [http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf)
- Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*.

Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-717-02W.pdf>

Direction des programmes. (2004). Fiche sur le concept d'intégration des services Dans Association des CLSC et des CHSLD du Québec (dir.), *Mise en place des centres de santé et des services sociaux, outils de gestion* (Vol. 3.3). Montréal, QC: Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Direction des programmes (2005). *Mise en place des centres de santé et de services sociaux : fiches sur la synthèse et recension des expériences sur l'intégration des services*. Québec, QC: Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Repéré à  
[http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Outils\\_gestion/Section5/section5\\_1.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Outils_gestion/Section5/section5_1.pdf)

Dobzansky, T. G. (1966). *L'homme en évolution*. (Traduit par G. Pasteur & S. Pasteur). Paris, France: Flammarion.

Dolan, S. L., Gosselin, E. et Carrière, J. (2012). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.

Dolan, S. L., Gosselin, E., Carrière, J. et Lamoureux, G. (2002). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.

Drucker, P. (2005). *Innovation and Entrepreneurship: Practice and Principles*. New York: Harper & Row.

Dubois, C.-A. et D'Amour, D. (2012). *Renouveler l'organisation des soins infirmiers pour soutenir la pratique professionnelle*. Communication présentée XVIIe Colloque de CII-CIR Montréal. QC. Repéré à  
[http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque\\_cii\\_2012/Jour\\_1\\_13h30\\_CADubois\\_DAmour.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2012/Jour_1_13h30_CADubois_DAmour.pdf)

- Durand, S., Laflamme, F. et D'Anjou, H. (2013). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/1389GuideExerciceInfirmier.pdf>
- Durand, S. et Maillé, M. (2014). *Lignes Directrices - Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Collège des médecins du Québec,. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/2409\\_ipspl\\_lignes\\_directrices\\_web.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/2409_ipspl_lignes_directrices_web.pdf)
- El Akremi, A. (2005). Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles. Dans P. Roussel & F. Wacheux (dir.), *Management des ressources humaines - Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (p. 326-342). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Epping-Jordan, J.-E., Pruitt, S.-D., Bengoa, R. et Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qualitative Safety Health Care*, 13(3), 299-305. doi: 10.1136/qshc.2004.010744
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. et Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134. doi: 10.5465/AMJ.2005.15993150
- Fillion, L., Desbiens, J. F., Truchon, M., Dallaire, C. et Roch, G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 127-136. doi: 10.1007/s11839-011-0321-7
- Fillion, L. et Saint-Laurent, L. (2003). *Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel*. Montréal. QC: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion\\_final.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion_final.pdf)



- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M. et Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449. doi: 10.1177/001872602128782213
- Fleury, M.-J., Grenier, G. et Ouadahi, Y. (2007). Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en oeuvre. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 159-178). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Fleury, M.-J. et Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 16-36. doi: 10.7202/014555ar
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Gendron, C., Gagnier, J.-P. et Plante, A. (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie - Avis - Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC)*. Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=de94252ae4e5c0ad813e0c2861402695)
- Gervais, J., Tchameni Ngamo, S., Boucher, G. et Ménard, S. (2012). *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec |. Repéré à [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/referentiel\\_rp\\_version\\_finale\\_2012-08-21.pdf](http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/referentiel_rp_version_finale_2012-08-21.pdf)
- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M. et Denis, J.-L. (2007). Le pilotage des réformes. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 39-49). Montréal, QC: Gaëtan Morin.

- Glendinning, C. (2003). Breating down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139-151. doi: 10.1016/S0168-8510(02)00205-1
- Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T. et Posaner, R. (2004). *Managing across diverse networks of care: Lessons from other sectors*. Ottawa, ON: Health Services and Delivery Research Programme. Repéré à [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1218-039\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1218-039_V01.pdf)
- Gousy, M. et Green, K. (2015). Developing a nurse-led clinic using transformational leadership. *Nursing Standard*, 29(30), 37-41.
- Graetz, F & Smith, A (2010). Managing organizational change. A philosophies of change approach. *Journal of Change Management*. 10 (2). p. 134-154. <http://dx.doi.org/10.1080/14697011003795602>
- Grove, S. K., Burns, N. et Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. (7<sup>e</sup> éd.). Saint-Louis, MI: Saunders Elsevier.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373), 1978-1980. doi: 10.1016/s0140-6736(03)13593-3
- Havlovic, S. J. (1991). Quality of work life and human resource outcomes. *Industrial Relations*, 30(3), 469-479. doi: 10.1111/j.1468-232X.1991.tb00799.x
- Higgins, A. (2014). Factors influencing advanced practitioners' ability to enact leadership : a case study within Irish healthcare. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 894-905.
- Howard, D. C. P., Howard, P. A., Fassbender, K., McCaffrey, L. A. et Thornley, R. (2000). *Alberta Primary Health Care: Six National Dimensions of Inquiry*. Edmonton, AB: Howard Research and Instructional System inc.

- Howarth, M. et Haig, C. (2007). The myth of patient centrality in integrated care: The case of back pain services. *International Journal of Integrated Care*, 7(2), e27.
- Huber, D. (2014). *Leadership and Nursing Care Management*. Saint-Louis, MI: Elsevier, Saunders.
- Hung, D. Y., Rundall, T. G., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, H. A. et Crabtree, B. F. (2007). Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 69-91. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00477.x
- Igalens, J. (1999). Satisfaction au travail. Dans R. I. Duff (dir.), *Encyclopédie de la gestion et du management* (p. 1246-1247). Paris: Dalloz.
- Iglesias, R., Renaud, O. et Tschan, S. (2010). La satisfaction au travail: Une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 16(40), 245-270.
- Imbernon, E. (2008). Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique? . *Santé Publique*, 20(Hors série), 9-17. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-hs-page-9.htm>
- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03279.x
- Juhel, A. et Anctil, H. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien* (n° 04-710-01). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>
- Kaissi, A. (2014). Enhancing physician engagement : an international perspective. *International Journal of Health Services*, 44(3), 567-592.

- Kaluzny, A. D. et Warnecke, R. B. (2000). *Managing a health care alliance: Improving community cancer care*. Washington, DC: Beard Books.
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D. et Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 511-518. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e2c4a0
- Kelly, L. A., McHugh, M. D. et Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm*, 41(10), 428-433. doi: 10.1097/NNA.0b013e31822eddbc
- Kierman, W. E. et Knutson, K. (1990). Quality of work life. Dans R. L. Schalock & M. J. Begab (dir.), *Quality of life: Perspectives and issues* (p. 101-114). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Kitchiner, D., Davidson, C. et Bundred, P. (1996). Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *J Eval Clin Pract*, 2(1), 65-69.
- Kline, R. (2011). *Principes et pratique de la modélisation par équation structurelle*. New York, NY: Presse Guilford.
- Kodner, D. L. et Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4).  
Repéré à <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100309/133>
- Lachmann, H., Larose, C. et Pénicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. France: La documentation française.
- Lamarche, P. A. (2011). Comment va le système de santé québécois ? *Revue Vie Économique*, 3(1), 1-8. Repéré à <http://www.eve.coop/?a=115>

- Lamarche, P. A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M. et Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30. doi: 10.3917/riges.273.0023
- Lamothe, L. (2005). La dynamique interprofessionnelle : la clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. Dans D. Contandriopoulos, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis & A. Valette (dir.), *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec* (p. 141-157). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Laplante, O., Arsenault, C. et Bonnier-Viger, Y. (2014). *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Sainte-Marie, QC: Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2327475>
- Latreille, J. et Paquet, L. (2013). *Ensemble en réseau pour vaincre le cancer. Plan directeur en cancérologie 2013-2015*. Laval, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction québécoise de cancérologie Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf>
- Lawrence P.R. et Lorsch, J.W (1989). *Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation*. Les éditions d'Organisation. 240 p.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leatt, P. (2002a). *La prestation de services intégrés*. Ottawa, ON: Santé Canada.

- Leatt, P. (2002b). *Le fonds pour l'adaptation des services de santé : la prestation de services intégrés* (n° H13-6/2002-4F-PDF). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada: . Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H13-6-2002-4F.pdf>
- Leatt, P., Pink, G. H. et Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), 13-35. doi: 10.12927.hcpap..17216
- Lefebvre, H. et Levert, M.-J. (2009, 2-3 avril). *Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches*. Communication présentée 5es Journées de la prévention Saint-Denis, France. Repéré à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>
- LeMoigne (1997). *Comprendre la complexité dans les organisations*. Edgar Morin. Lille Cedex. ASPEPS édition. 85 pages. 978-2-907977-40-1
- Leprohon, J. et Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*. (2e<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Leprohon, J. et Lessard, L.-M. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions de l'infirmière. Application de la Loi 90*. (n° 2-89229-402-9). Montréal. Qc: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/222\\_doc\\_0.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/222_doc_0.pdf)
- Levesque-Boudreau, D. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*. Québec, Qc,: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2034490>
- Levesque, J.-F., Benigeri, M. et Labbé, A.-M. (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé : résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*. Laval. QC: Commissaire à la santé et au bien-être. Repéré à

[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/CWF/CSBE\\_ResultatsEnqueteInternationaleCWF2008.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/CWF/CSBE_ResultatsEnqueteInternationaleCWF2008.pdf)

Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/724-MaladiesChroniques.pdf>

Lewin, K. (1951). Field theory in Social Science. Dans D. Cartwright (dir.), *Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Row.

Lewin, K. (1967). *Psychologie dynamique: Les relations humaines*. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Lincoln, Y.S et Guba, E.G (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, inc.

Lo, L. (2011). *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé: Une analyse documentaire*. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients.

Repéré à

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.R.Q., c. A-8.1 (2003).

Longpré, C., Dubois, C.-A. et Nguemeleu, E. T. (2014). Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *BMC Nursing*, 13(1), 50. doi: 10.1186/s12912-014-0050-x

- Longpre, C. et Dubois, C. A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Serv Res*, 15(3), 84. doi: 10.1186/s12913-015-0720-8
- Lozeau, D., Langley, A. et Denis, J.-L. (2002). The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55(5), 537-564. doi: 10.1177/0018726702055005427
- Lyngso, A. M., Godtfredsen, N. S., Host, D. et Frolich, A. (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review. *Int J Integr Care*, 14(3), e027.
- MacDonald-Rencz, S., Gupta, A. et Shearer, R. (2007). Conditions de travail des infirmières et infirmiers: Comment relever le défi ? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé. Santé Canada*, 13(2), 1-45.
- Malo, D., Grenier, R. et Gratton, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 154-180.
- Mayssonnier, R. (2005). *L'attachement des salariés à leur entreprise, ses déterminants et ses conséquences. Le cas des ingénieurs*. (Thèse de doctorat en sciences de la gestion, Université Aix-Marseille III, France).
- Medina, M. G., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. M., de Araujo. (2005). L'intégration des soins de santé : modèle théorique d'évaluation dans un contexte de réforme du système de santé au Brésil. *Bulletin SQÉP*, 18(1), 17-21. Repéré à <http://www.sqep.ca/archives/Vol18no1.pdf>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (Traduit par M. Hlady Rispal, 2e<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Ministère de la santé de la Santé et des Services sociaux (2014). *L'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans les établissements*. Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/ca/formations/amelioration-continue-qualite.php>



Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004a). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (n° 04-009-08). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004b). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document principal* (n° 04-009-05). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004c). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : résumé* (n° 04-009-07). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-07.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Plan stratégique 2005-2010 du Ministère de la Santé et des Services sociaux* (n° 05-717-01). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux* (n° 10-717-02F). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015a). *Plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux* (n° 10-717-02F). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichier\2015\15-717-02W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-04W.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-04W.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015b). *Système de santé et des services sociaux en bref*. Québec, QC: Gouvernement du Québec Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services>
- Minkman, M. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. (Doctoral thesis, Erasmus University, Pays-Bas). Repéré à [http://www.vilans.nl/docs/vilans/over\\_vilans/pdf/Proefschrift\\_Mirella\\_Minkman\\_Developing\\_Integrated\\_Care.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf)
- Minkman, M. (2012). The current state of integrated care: an overview. *Journal of Integrated Care*, 20(6), 346-358. doi: 10.1108/14769011211285147
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbricotti, I., Nabitz, U. et Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: Results of a Delphi and concept mapping study. *International Journal on Quality in Health Care*, 21(1), 66-75. doi: 10.1093/intqhc/mzn048
- Minkman, M., Ahaus, K. et Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9(8), 42-52. doi: 10.1186/1472-6963-9-42
- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K. et Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care: The empirical validation of the Development Model for Integrated Care. *BMC Health Services Research*, 11(2), 177-187. doi: 10.1186/1472-6963-11-177

- Minkman, M., Vermeulen, R., Ahaus, K. et Huijsman, R. (2013). A survey study to validate a four phases development model for integrated care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 13(1), 214. doi: 10.1186/1472-6963-13-214
- Minott, J., Helms, D., Luft, H., Guterman, S. et Weil, H. (2010). The group employed model as a foundation for health care delivery reform. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 83(4), 1-24.
- Morin, E. (1996). *Psychologies au travail*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
- Morse, J. M. (2003). Principles of mixed methods and multimethod research design. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (dir.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (p. 189-208). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. et Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65(3), 227-241. doi: 10.1016/S0168-8510(02)00215-4
- Nelson, A., Cooper, C.-L. et Jackson, P.-R. (1995). Uncertainty amidst change: the impact of privatization on employee job satisfaction and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 57-71.
- Office des professions du Québec (2003). *Loi 90 (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec, Qc: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>
- Office des professions du Québec (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations*

humaines, guide explicatif - PL no 21. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à [www.opq.gouv.qc.ca](http://www.opq.gouv.qc.ca)

OIT (2016). *Stress au travail. un défi collectif*. Genève, Suisse: Bureau international du Travail.

Orgambídez-Ramos, A. et Borrego-Alés, Y. (2014). Empowering Employees: Structural Empowerment as Antecedent of Job Satisfaction in University Settings. *Psychological Thought*, 7(1). doi: <https://doi.org/10.5964/psyc.v7i1.88>

Ouwens, M., Hulscher, M., Hermens, R., Faber, M., Marres, H., Wollersheim, H. et Grol, R. (2009). Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), 137-144. doi: 10.1093/intqhc/mzn061

Page, A. Editor (2004). *Keeping patients safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington,DC: National Academics Press.

Parsons, T. (1971). *Le système des sociétés modernes, traduction de The System of Modern Societies*. Paris, Dunod: Guy Melleray.

Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing management*, 14(2), 25.

Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation inc.

Perrewé, P. L. et Zellars, K. L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior*, 20(5), 739-752. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199909)20:5<739::AID-JOB1949>3.0.CO;2-C

- Phillips, N., Lawrence, T. B. et Hardy, C. (2000). Inter-organizational collaboration and the dynamics institutional fields. *Journal of Management Study*, 37(1), 23-43. doi: 10.1111/1467-6486.00171
- Plante, A. et Joannette, S. (2009). Centre intégré de cancérologie de la Montérégie : L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : Le processus. Partie 2. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 19(2), 72-78.
- Provan, K. G., Nakama, L., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N. et Huddleston, C. (2003). Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Education & Behavior*, 30(6), 646-662. doi: 10.1177/1090198103255366
- Pruitt, S., Annandale, S., Epping-Jordan, J., Fernandez Diaz, J., Khan, M., Kisa, A., . . . Wagner, E. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques, Rapport mondial*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la santé. Repéré à <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccfrench.pdf>
- Pruitt, S. et Epping-Jordan, J. (2008). Préparer les professionnels de la santé à relever le défi des maladies chroniques. *Diabetes Voice*, 53(Numéro spécial), 38-41. Repéré à [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/Preparer\\_les\\_professionnels\\_de\\_la\\_sante\\_a\\_relever\\_le\\_defi\\_des\\_maladies\\_chronique.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/Preparer_les_professionnels_de_la_sante_a_relever_le_defi_des_maladies_chronique.pdf)
- Randon, S. (2011). *Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000*. Pessac, France: Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Repéré à [http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/88/63/PDF/Revue\\_satisfaction\\_ClartA\\_11-05-11.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/88/63/PDF/Revue_satisfaction_ClartA_11-05-11.pdf)
- Randon, S., Baret, C. et Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, 49(9), 133-149. doi: 10.3917/mav.049.0133

- Ray, M.-A. et Turkel, M.-C. (2012). A Transtheoretical Evolution of Caring Science within Complex Systems. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 28-49.
- Reay, T., Golden-Biddle, K. et Germann, K. (2006). Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change. *Academy of Management Journal*, 49(5), 977-998. doi: 10.5465/AMJ.2006.22798178
- Réseau National des gestionnaires de cas du Canada (2009). *Normes de pratiques en gestion de cas au Canada. Connexion, collaboration et communication. Le pouvoir de la gestion de cas*. Ottawa, ON: Santé Canada. Repéré à <http://www.ncmn.ca/resources/documents/french%20standards%20for%20web.pdf>
- Rheault, S., Bégin, P., Murray, W. et Théorêt, B. (2005). *Implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : devis d'évaluation* (n° 05-722-01F). Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-722-01.pdf>
- Richard, M.-C. (2006). *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et de Services Sociaux : Recension des écrits-Sommaire et Résumé* (n° 06-09). Montréal, QC: Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. Repéré à [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf\\_transversal/Cahier06\\_09.pdf](http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/Cahier06_09.pdf)
- Richard, M. C. (2005). *Enjeux de la configuration des Centres de santé et de Services sociaux: recension des écrits*. Montréal, QC: École de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Rico, A., Saltman, R. B. et Boerma, W. G. W. (2003). Organizational restructuring in European health systems: The role of primary care. *Social Policy & Administration*, 37(6), 592-608. doi: 10.1111/1467-9515.00360

- Ring, P. S. et Ven, A. H., van de. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationship. *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118. doi: 10.2307/258836
- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, M., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Levesque, J.-F. et Ouellet, D. (2007). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport méthodologique de l'analyse des contextes*. Québec, QC: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/772-AccServiSanteRapMetho.pdf>
- Roegiers, X. (2004). *L'école et l'évaluation : des situations pour évaluer les compétences des élèves*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Rousseau, L. (2004). *État des connaissances sur les thèmes ayant fait l'objet de discussions dans le cadre du choix du modèle régional pour le développement des réseaux locaux*. Laval, QC: Agence de santé et de services sociaux de Laval.
- Rousseau, L. et Cazale, L. (2007). Réforme ou évolution? Enjeux et opinions sur la régulation et la transformation. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 23-37). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Roy, D. et Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, 1(6), 16-26.
- Roy, D. A., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population: moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Paris, France: Gallimard.
- Sashkin, M. et Burke, W. W. (1987). Organization development in the 1980's. *Journal of Management*, 13(2), 393-417. doi: 10.1177/014920638701300212

- Schmittdiel, J. A., Shortell, S. M., Rundall, T. G., Bodenheimer, T. et Selby, J. V. (2006). Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Annals of Family Medicine*, 4(2), 117-123. doi: 10.1370/afm.520
- Scott, W. R. (1990). Innovation in medical care organizations: A synthetic review. *Medical Care Research and Review*, 47(2), 165-192. doi: 10.1177/107755879004700203
- Scott, W. R., Ruel, M., Mendel, P. et Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. . Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats* (n° 83-003-XIF). Ottawa, ON: Statistique Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/83-003-X/83-003-XIF2006001.pdf>
- Shortell, S. M. (2009). What does the evidence tell us? Dans C. Ham & D. Silva, de (dir.), *Integrating care and transforming community services: What works? Where next?* (p. 2-3): Repéré sur le site de l'University of Birmingham, Health Services Management Centre: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-5.pdf>.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M. et Mitchell, J. B. (2000a). Integrating health care delivery. *Health Forum Journal*, 43(6), 35-39.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M. et Mitchell, J. B. (2000b). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Singh, D. (2005). *Transforming chronic care: Evidence about improving care for people with long-term conditions*. University of Birmingham, UK: Institute for Innovation and Improvement. Health Services Management Centre. Repéré à



<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2005/Transforming-Chronic-Care.pdf>

Singh, D. et Ham, C. (2006). *Improving care people with long-term conditions: A review of UK and international frameworks*. University of Birmingham, UK: Institute for Innovation and Improvement. Health Services Management Centre. Repéré à <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/long-term-conditions.pdf>

Slama-Chaudhry, A., Gaspoz, J.-M., Schaller, P. et Raetzo, M.-A. (2008). Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente. *Revue Medicale Suisse*, 4(172), 2040-2043. Repéré à <http://rms.medhyg.ch/numero-172-page-2040.htm>

Smith, K. G., Carroll, S. J. et Ashford, S. J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 38(1), 7-23. doi: 10.2307/256726

Sobel, M.-E. (1986). Some new results on indirect effects and their standard errors in covariance structure models. *Sociological Methodology*, 16, 159-186.

Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Spehar, I., Frich, J. et Kjekshus, L.-E. (2014). Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*, 14(251). doi: 10.1186/1472-6963-14-251

Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J. et Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.

- St-Pierre, M. (2008). La structuration des pratiques professionnelles et étatiques dans le système de santé québécois. Dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession* (p. 317-340). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- St-Pierre, M., Sévigny, A., Gauthier, J. B., Tourigny, A. et Dallaire, C. (2009). Une nouvelle approche pour la gestion de l'intégration dans le système de santé : le cas des bénévoles et des professionnels. *Management & Avenir*, 26(6), 177-189. doi: 10.3917/mav.026.0177
- Sterling, S., Chi, F. et Hinman, A. (2011). Integrating Care for People with Co-occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 338-349. Repéré à <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh334/338-349.htm>
- Thornhill, J., Dault, M. et Clements, D. (2008). Ready, Set... Collaborate ? The Evidence Says "Go", So What's Slowing Adoption of Inter-professional Collaboration in Primary Healthcare ? *Healthcare Quarterly*, 11(2), 14-16. doi: 10.12927/hcq.2008.19609
- Tremblay, D. (2007). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : l'infirmière pivot en oncologie*. (Thèse de doctorat, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6667>
- Trottier, L.-H. (2013). *La responsabilité populationnelle: des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Guide-GC-RP\\_REV2\\_2013-10-16%281%29.pdf](http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Guide-GC-RP_REV2_2013-10-16%281%29.pdf)
- Turgeon, J., Anctil, H. et Gauthier, J. (2005). L'Évolution du Ministère et du réseau; continuité ou rupture ? Dans V. B. Sous la direction de Lemieux, P., Bégin, C., Bélanger, G. (dir.), *Le système de santé au Québec, organisations, acteurs et enjeux*. (p. 93-117). Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval,

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. et Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe Description and comparizon of integrated care in six EU countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vandenberghé, C., De Keyser, V., Vlerick, P. et D'hoore, W. (2004). *Changements organisationnels, stress des employés et satisfaction des clients : émergence du concept de Flexihealth* (n° PS/14). Ottawa, ON: Politique scientifique fédérale.
- Vandenberghé, C., Stordeur, S. et D'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 72(3), 209-228. doi: 10.3917/th.723.0209
- Villeneuve, J. (2007). Comment se porte le personnel infirmier au Canada ? *Objectif Prévention*, 30(2), 30-31.
- Villeneuve, M. et MacDonald, J. (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4. Repéré à [http://www.acponline.org/clinical\\_information/journals\\_publications/ecp/augsep98/cdm.htm](http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/augsep98/cdm.htm)
- Wagner, E. H., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. et Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. doi: 0.1377/hlthaff.20.6.64

- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. et Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*, 7(3), 56-66.
- Walker, D. (2011). *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*. Belleville, ON: Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Repéré à [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker\\_2011/walker\\_2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker_2011/walker_2011.pdf)
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Willard, C. et Luker, K. (2007). Working with the team: Strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 716-724. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01560.x
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zangaro, G. A. et Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458. doi: 10.1002/nur.20202
- Zeffane, R. M. (1994). Correlates of job satisfaction and their implications for work redesign: A focus on the Australian telecommunications industry. *Public Personnel Management*, 23(1), 61-76.
- Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., Lanivich, S. E., Perrewé, P. L. et Ferris, G. R. (2011). Accountability for others, perceived resources, and well being: Convergent restricted non-linear results in two samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 95-115. doi: 10.1348/2044-8325.002004

Zid, R. (2006). *Comprendre le changement organisationnel à travers les émotions*. (Mémoire de Maîtrise, Université du Québec à Montréal, Canada).

## Annexe 1. Énoncés opérationnels: *Elements and clusters*

*The Development Model for Integrated Care: results of a Delphi and Concept mapping study*

PS	SD	Rank	Nr	Element description
<p><b>Cluster 1. Patient-centeredness, nine elements, average PS 2.23, SD 0.22</b>            This cluster is about developing integrated care and information flows tailored to specific (sub)groups of patients. Elements focus on integrated patient and care process supporting information such as front offices, self-management support or information systems, and delivering care adjusted to individual needs (e.g. multi-morbidity)</p>				
2.66	0.60	4	40	Providing understandable and client-centred information
2.36	0.84	27	3	Collaboratively offering client information of the care partners
2.35	0.66	30	86	Designing care for clients with multi- or co-morbidities
2.31	0.75	35	68	Using self-management support methods as a part of integrated care
2.23	0.76	43	14	Implementing care process-supporting clinical information systems
2.13	0.62	63	84	Flexible adjustment of integrated care corresponding to individual clients' needs
2.10	0.75	67	1	Developing a front office: single entry point for client information
1.97	0.48	83	74	Using a protocol for the systematic follow-up of clients
1.94	0.57	86	78	Developing care programmes for relevant client subgroups
<p><b>Cluster 2. Delivery system, 18 elements, average PS 2.26, SD 0.32</b>            Chain and client logistics, co-ordination mechanisms and procedures for streamlining the care process for the whole care chain is the main focus of this cluster. The reaching of all agreements (e.g. logistics, sharing expertise), procedures (e.g. information exchange) or tools (e.g. care plans) in the care chain that are necessary from the client's initial entry into the care chain until the final contact are reflected in this cluster</p>				
2.94	0.25	1	2	Reaching agreements on referrals and transfer of clients through the care chain

PS	SD	Rank	Nr	Element description
2.84	0.45	2	4	Reaching agreements on procedures for information exchange
2.71	0.53	3	17	Using a single client-monitoring record accessible for all care partners
2.46	0.62	14	69	Reaching agreements on procedures for the exchange of client information
2.42	0.76	18	10	Developing connections between databases of partners in the care chain
2.38	0.66	25	6	Offering case management for clients with complex needs
2.32	0.48	33	20	Reaching agreements on chain logistics (e.g. waiting periods and throughput times)
2.32	0.70	34	27	Using shared client treatment and care plans
2.26	0.73	40	23	Using uniform client-identification numbers within the care chain
2.19	0.73	47	9	Reaching agreements among care partners on the consultation of experts and professionals
2.07	0.63	69	7	Reaching agreements among care partners on managing client preferences
2.06	0.77	73	30	Reaching agreements among care partners on scheduling client examinations and treatment
2.05	0.75	74	32	Reaching agreements among care partners on discharge planning
2.00	0.68	80	21	Developing criteria for the inclusion and throughput of clients in the care chain
1.97	0.60	82	24	Reaching agreements among care partners on providing care to waiting-list clients
1.95	0.71	84	15	Bringing specialized nurses into action through the care chain
1.94	0.57	85	26	Reaching agreements on linking clients to outside resources or community care partners
1.79	0.65	89	34	Developing criteria for assessing clients' urgency

**Cluster 3. Performance management, 16 elements, average PS 2.32, SD 0.14**

Measurement and analyses of the results of the care delivered in the care chain is the central theme of this cluster. Elements address performance targets at all levels, monitored by the standardized use of indicators. Indicators address client outcomes, client judgments,

<b>PS</b>	<b>SD</b>	<b>Rank</b>	<b>Nr</b>	<b>Element description</b>
organizational outcomes and financial performance data. (Near) mistake analysis, feedback mechanisms and improvement teams are used to improve and manage the level of performance				
2.55	0.57	9	12	Defining performance indicators to evaluate the results of the integrated care delivered
2.50	0.63	12	13	Providing feedback to care partners on transfers
2.44	0.67	15	55	Gathering client-related performance data (health status, quality of life)
2.42	0.50	19	53	Gathering data on client logistics (e.g. volumes, waiting periods and throughput times) in the care chain
2.41	0.76	20	31	Using feedback and reminders by professionals for improving care
2.40	0.62	23	82	Reaching agreements about the uniform use of performance indicators in the care chain
2.39	0.56	24	24	Monitoring successes and results during the development of the integrated care chain
2.33	0.60	31	31	Establishing quality targets for the performance of the whole care chain
2.32	0.48	32	32	Monitoring and analysing mistakes/near-mistakes in the care chain
2.27	0.59	38	38	Using a systematic procedure for the evaluation of agreements, approaches and results
2.25	0.63	42	42	Monitoring client judgements and satisfaction for the whole care chain
2.23	0.72	45	45	Gathering financial performance data for the care chain
2.19	0.65	48	48	Making transparent the effects of the collaboration on the production of the care partners
2.19	0.65	50	50	Monitoring whether the care delivered corresponds with evidence-based guidelines
2.18	0.58	53	53	Establishing quality targets for the performance of care partners
1.98	0.63	81	81	Installing improvement teams at care-chain level



PS	SD	Rank	Nr	Element description
<b>Cluster 4. Quality care, five elements, average PS 2.43, SD 0.20</b>				
This cluster contains elements that focus on the design of a multi-disciplinary care pathway throughout the care chain, based on evidence-based guidelines and standards and clients' needs and preferences. A needs assessment of the specific client group is required for this purpose, combined with the involvement of client representatives in designing, improving and monitoring the integrated care				
2.65	0.49	5	76	Systematically assessing the needs of the clients in the care chain
2.55	0.57	8	11	Developing a multi-disciplinary care pathway
2.43	0.57	16	45	Involving client representatives in improvement projects in the care chain
2.40	0.62	21	8	Using evidence-based guidelines and standards
2.12	0.60	64	60	Involving client representatives by monitoring the performance of the care chain
<b>Cluster 5. Result-focused learning, 12 elements, average PS 2.16, SD 0.13</b>				
A learning climate of striving towards continuously improved results in the care chain is this clusters central theme. The elements address essential ingredients for improvement: defining goals for collaboration, identifying bottlenecks and gaps in care, and ways of learning and exchanging knowledge in an open atmosphere. Incentives are used to reward improved performance				
2.37	0.62	26	46	Stimulating a learning culture and continuous improvement in the care chain
2.27	0.73	37	38	Defining and assessing the characteristics of the collaboratively delivered care
2.26	0.77	41	57	Making transparent the benefits of the collaboration for each care-chain partner
2.23	0.76	44	16	Collaboratively assessing bottlenecks and gaps in care
2.17	0.70	55	83	Sharing knowledge among care partners about effectively organizing sustainable integrated care
2.16	0.69	58	71	Striving towards an open culture for discussing possible improvements for care partners
2.14	0.73	60	66	Learning by the exchange of information among professionals about the care process

PS	SD	Rank	Nr	Element description
2.13	0.62	61	72	Integrating incentives for rewarding the achievement of quality targets
2.11	0.85	65	52	Using knowledge and information for directing and co-ordinating the care chain
2.11	0.50	66	88	Using collaborative education programmes and learning environments for the professionals of care partners
2.03	0.55	79	58	Linking consequences to the achievement of agreed goals
1.88	0.47	88	70	Collaborative learning in the care chain in order to innovate integrated care
<p><b>Cluster 6. Interprofessional teamwork, three elements, average PS 2.30, SD 0.29</b>  This cluster represents interprofessional teamwork for a well-described client group. The defined client group is the target to be reached by collaborating professionals, working in well-organized multi-disciplinary teams in the care chain</p>				
2.61	0.50	6	42	Defining the targeted client group
2.26	0.73	39	18	Working in multi-disciplinary teams
2.04	0.80	76	28	Reaching agreements on the availability and accessibility of professionals
<p><b>Cluster 7. Roles and tasks, eight elements, average PS 2.26, SD 0.20</b>  The need for clarity about each other's expertise, roles and tasks in the care chain is reflected in this cluster. Effective collaboration at all levels, with new partners and by allocating co-ordinating roles are the main components</p>				
2.55	0.57	10	22	Reaching agreements among care partners on tasks, responsibilities and authorizations
2.55	0.57	11	63	Achieving adjustments among care partners by means of direct contact
2.36	0.61	29	44	Ensuring that professionals in the care chain are informed of each other's expertise and tasks
2.20	0.79	46	87	Installing a co-ordinator working at chain-care level
2.18	0.58	52	39	Establishing the roles and tasks of multi-disciplinary team members

PS	SD	Rank	Nr	Element description
2.13	0.67	62	75	Realizing direct contact among professionals in the care chain
2.07	0.63	72	81	Reaching agreements on introducing and integrating new partners in the care chain
2.05	0.75	75	43	Directing the care chain by appointing a limited number of persons with co-ordinating tasks
<p><b>Cluster 8. Commitment, 11 elements, average PS 2.20, SD 0.18</b></p> <p>This cluster's focus is on collaborative commitment and ambition in the care chain. Commitment towards clearly defined goals and a collaborative ambition, apart from awareness of dependencies and domains. The commitment of leaders to the care chain and the awareness of working in a care chain are also components</p>				
2.49	0.63	13	35	Defining the ambitions and aims of the collaboration in the care chain
2.43	0.57	17	47	Signing collaboration agreements among care partners
2.40	0.62	22	54	Assuring the leadership commitment of the partners involved to the care chain
2.29	0.53	36	79	Describing the tasks and authorities of leaders, co-ordinators and advisory boards in the care chain
2.19	0.82	49	56	Establishing dependencies among care partners
2.17	0.86	54	36	Guiding the care chain by emphasizing a collaborative commitment
2.16	0.73	56	62	Structural meetings of leaders of care-chain organizations
2.08	0.79	68	85	Reaching agreements about letting go care partner domains
2.07	0.68	70	25	Stimulating trust among care partners
2.04	0.80	77	48	Stimulating the awareness of working in a care chain
1.91	0.60	87	80	Structural meetings with external parties such as insurers, local governments and inspectorates
<p><b>Cluster 9. Transparent entrepreneurship, seven elements, average PS 2.22, SD 0.19</b></p>				

<b>PS</b>	<b>SD</b>	<b>Rank</b>	<b>Nr</b>	<b>Element description</b>
This cluster concentrates on space for innovation (experiments), leadership responsibilities for performance achievement and joint financial agreements covering the integrated care. Preconditions for entrepreneurship, including financial preconditions, are represented in the collection of elements				
2.59	0.62	7	50	Making commitment to a joint responsibility for the final goals and results to be achieved
2.36	0.61	28	33	Using a uniform language in the care chain
2.19	0.65	51	65	Reaching agreements on the financial budget for integrated care
2.16	0.64	57	64	Allocating financial budgets for the implementation and maintenance of integrated care
2.14	0.78	59	37	Involving leaders in improvement efforts in the care chain
2.07	0.68	71	73	Creating an open environment that encourages experiments and pilot projects
2.04	0.80	78	77	Offering a single collaborative financial contract to financing parties by the collective of care Partners

- Per element average group priority score (PS), standard deviation (SD) and rank number (within 89 elements) are presented. Nr refers to the original element number.

## **Annexe 2. Four Phase Development Model for Integrated Care**

### ***Phase I. Initiative and design phase***

*Rank Weight\* Element description*

- 1 65.83% Defining the ambitions and aims of the collaboration in the care chain
- 2 65.49% Defining the targeted client group
- 3 52.46% Defining and assessing the characteristics of the collaboratively delivered care
- 4 46.15% Assuring the leadership commitment of the partners involved in the care chain
- 5 45.08% Committing to a joint responsibility for the final goals and results to be achieved
- 6 42.37% Establishing dependencies among care partners
- 7 41.13% Describing the tasks and authorities of leaders, coordinators, advisory boards
- 8 40.87% Reaching agreements on referrals and transfert of clients through the care chain
- 9 40.83% Signing collaboration agreements among care partners
- 10 40.34% Reaching agreements on procedures for the exchange of client information

### ***Phase II. Experimental and execution phase***

- 1 52.76% Realizing direct contact among professionals in the care chain
- 2 48.36% Using shared client treatment and care plans
- 3 47.90% Bringing specialized nurses into action through the care chain
- 4 46.92% Achieving adjustments among care partners by means of direct contact
- 5 45.11% Using evidence-based guidelines and standards
- 6 44.80% Monitoring successes and results during the development of the integrated care
- 7 44.35% Reaching agreements among care partners on discharge planning
- 8 43.85% Working in multidisciplinary teams
- 9 42.86% Ensuring that professionals in the care chain are informed of each other's expertise and tasks
- 10 42.52% Gathering data on client logistics (e.g. volumes, waiting periods and throughput times) in the care chain

### ***Phase III. Expansion and monitoring phase***

- 1 50.41% Using a systematic procedure for the evaluation agreements, approaches, results
- 2 49.14% Flexible adjustment of integrated care corresponding to individual clients' needs
- 3 47.20% Monitoring and analyzing mistakes/near mistakes in the care chain
- 4 46.67% Reaching agreements on introducing and integrating new partners in care chain
- 5 46.40% Using collaborative education programs and learning environments for the professionals of care partners
- 6 45.38% Involving client representatives in improvement projects in the care chain
- 7 45.30% Designing care for clients with multi- or co-morbidities
- 8 44.35% Collaborative learning in the care chain in order to innovate integrated care
- 9 43.97% Developing connections between databases of partners in the care chain
- 10 43.90% Making transparent the effects of the collaboration on the production of the care partners

### ***Phase IV. Consolidation and transformation phase***

- 1 40.18% Offering a single collaborative financial contract to financing parties by the collective of care partners
- 2 39.17% Linking consequences to the achievement of agreed goals
- 3 39.02% Integrating incentives for rewarding the achievement of quality targets
- 4 29.77% Structural meetings with external parties such as insurers, local governments and inspectorates
- 5 29.69% Sharing knowledge among care partners about effectively organizing sustainable integrated care
- 6 28.80% Using collaborative education programs and learning environments for the professionals of care partners
- 7 28.00% Monitoring and analyzing mistakes/near mistakes in the care chain
- 8 27.27% Developing care programs for relevant client subgroups
- 9 27.27% Reaching agreements about letting go care partner domains
- 10 27.20% Reaching agreements on the financial budget for integrated care

\* Percentage of the total element score appointed in this *phase*

BMC Health Serv Res. 2009; 9: 42. Published online 2009 March 4. doi: 10.1186/1472-6963-9-42. [Copyright](#) © 2009 Minkman et al; licensee BioMed Central Ltd.

### **Annexe 3. Lettre de sollicitation à l'intention des directeurs de programmes-services**

Je me nomme Caroline Longpré, je suis candidate au doctorat en Sciences infirmières de l'Université de Montréal sous la supervision de M. Carl-Ardy Dubois et je suis en résidence de recherche au [REDACTED], où je m'implique dans divers projets. Mon intérêt principal de recherche dans le cadre de mes études doctorales porte sur l'intégration des soins et des services et particulièrement sur l'émergence de pratiques cliniques en soins infirmiers qui soient spécifiques à ce contexte. Comme vous le savez, mandatés par la réforme de la santé des dernières années, plusieurs changements structurels et organisationnels ont dû être apportés à l'ensemble des organisations du territoire afin de répondre aux objectifs d'hierarchisation des soins et d'approche populationnelle par la création des Réseaux locaux de services (RLS). C'est ainsi qu'a été confiée aux CSSS, la responsabilité d'élaborer des mécanismes permettant d'harmoniser l'ensemble de la pratique clinique en fonction des structures en voie d'intégration, dans le but ultime de répondre adéquatement aux besoins des patients.

Les projets qui contribuent à intégrer les pratiques cliniques, sous les prémisses générales d'une approche par programmes, sont les principaux moteurs d'influence et de changements de cette réforme. Par ailleurs, c'est à partir de divers projets terrain (et sous différentes modalités) ayant pour but de mettre en place des TdeS favorisant une meilleure continuité, qualité et accessibilité des soins et services à la clientèle, que des mécanismes d'intégration ont pris forme, ou sont en voie de l'être, dans l'ensemble de l'organisation du [REDACTED].

Le but principal de mon étude qui est d'examiner comment les programmes-services en élaboration dans le CSSS se traduisent par une pratique clinique qui soit spécifique à un contexte d'intégration des soins et comment ces processus de transformation de la pratique influencent le bien-être au travail des infirmières. La réponse aux questions de recherche requiert dans un premier temps une meilleure connaissance de projets implantés ou en cours d'implantation dans votre service ou programme, correspondant aux objectifs d'intégration mentionnés précédemment. C'est dans cette optique que je me permets aujourd'hui de solliciter votre

soutien. Je souhaiterais ainsi pouvoir échanger et discuter avec vous, lors d'une rencontre d'une heure environ, des diverses modalités organisationnelles présentes ou en cours d'élaboration dans votre service ou programme, afin de cibler celles qui pourraient satisfaire pertinemment au but de cette étude. Voici les principales questions que je souhaiterais vous poser :

- Quel est votre principal programme de soins et services d'attache ?
- Dans ce programme, quels sont les projets implantés ou en cours d'élaboration ayant pour but d'intégrer les soins et services selon un continuum
- Ces projets visent quelle population spécifique ?
- Depuis quand ces projets sont-ils en émergence ?
- Existe-t-il une table clinique (constituée de représentants des milieux du continuum) ou des travaux en cours, quant à l'élaboration et au suivi de ces projets ?
- Quels sont les établissements et l'ensemble de services impliqués par ce continuum ?
- Quel est le bassin (en termes de nombre approximatif et de titres d'emplois) d'infirmières œuvrant sur l'ensemble de ce continuum de soins spécifiquement ?

Les discussions et les échanges avec vous sur ces principaux points me permettraient d'identifier des cibles pertinentes d'investigation pour l'analyse des pratiques cliniques en contexte d'intégration des soins et d'amorcer, éventuellement, l'ensemble de la collecte des données constituée de différentes étapes et auprès de différents acteurs, à préciser éventuellement. Votre soutien à cette étape-ci contribuerait grandement à l'avancement de mes travaux qui, j'en suis certaine, offriront une occasion intéressante d'analyses entourant la pratique des infirmières dans l'organisation.

Je suis disponible et disposée à répondre à toutes vos questions, en souhaitant vous rencontrer prochainement pour cette première étape. Si vous êtes disponible, merci de communiquer avec moi pour que l'on puisse convenir d'un moment de rencontre.

Mes salutations distinguées,

---

Caroline Longpré (M. Sc.inf. cand. Ph.D.) [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)



#### Annexe 4. Énoncés opérationnels du SPN, SPP, Satisfaction

Échelles	Énoncés
SPN	<p>Je me sens dépassé(e) par tout ce qu'il y a à faire au travail</p> <p>Je me sens démoralisé(e) par mon travail</p> <p>Je travaille dans la précipitation</p> <p>J'ai des insomnies à cause de ma vie professionnelle</p> <p>Mon travail me stresse</p> <p>Mon travail m'épuise moralement</p> <p>Je souffre de nausées lorsque je suis au travail</p> <p>Au travail, je suis fatigué(e)</p> <p>Je suis nerveux(euse) au travail</p> <p>Je suis facilement irritable au travail</p> <p>Je suis angoissé(e) par ma vie professionnelle</p>
SPP	<p>Je suis très actif(ive) au travail</p> <p>Dès que je suis au travail mon attention est décuplée</p> <p>Mon travail me permet de me surpasser</p> <p>Travailler me procure une grande satisfaction</p> <p>Je suis plein(e) d'énergie au travail</p> <p>Je me sens stimulé(e) par mon travail</p> <p>Mon travail est passionnant</p> <p>Quand je travaille, j'oublie la fatigue</p>
Satisfaction	<p>Je suis dans l'ensemble satisfaite de mon travail</p> <p>Par comparaison avec la plupart des emplois, le mien est très intéressant</p>

(Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, 2004)

## **Annexe 5. Formulaire d'information et de consentement au pré-test**

Université de Montréal,

### **Formulaire d'information et de consentement au pré-test du questionnaire**

**Titre du projet de recherche:** « La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières en contexte d'intégration des soins »

#### **Responsables du projet:**

Caroline Longpré inf. M. Sc. Ph.D. (cand) en sciences infirmières. Option administration des services infirmiers. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheure responsable. Boursière du Centre FERASI (Formation et expertise en administration des services infirmiers, MELS)

Carl-Ardy Dubois Md. (directeur de thèse), professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université de Montréal, Directeur du Centre FERASI.

**Invitation à participer à un projet de recherche :** Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ils vous expliquent le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles permettant d'assurer votre compréhension quant à l'ensemble du contenu de ce formulaire.

**En quoi consiste ce projet :** Les connaissances scientifiques démontrent que l'intégration des services et des soins dans les organisations, en réponse à la mise en place de mécanismes d'intégration des soins par l'établissement de TdeS, amène des défis de taille pour l'ensemble des professionnels impliqués, principalement pour les infirmières qui ont un rôle majeur à jouer dans la réussite de cette réforme de la santé. Toutefois, nous possédons actuellement très peu

de connaissances sur le processus de développement des TdeS et de ses impacts tant sur la pratique professionnelle que sur le bien-être des infirmières impliquées. Ce projet devrait nous aider à comprendre les pratiques professionnelles qui émergent d'un processus de développement de l'intégration des soins et, ainsi, à identifier les principales stratégies professionnelles et organisationnelles qui viendront soutenir ces constats. Afin de collecter les données nécessaires à la réalisation de cette étude, un questionnaire d'évaluation de la pratique clinique en contexte d'intégration des soins originalement élaboré en anglais, a été traduit en français par deux spécialistes linguistiques sous la responsabilité de la chercheure. Cette démarche de traduction implique ultérieurement une étape de validation transculturelle par des représentants universitaires et cliniques, permettant de s'assurer que les libellés traduits soient clairs, compréhensibles et adaptés au contexte québécois.

**La méthodologie :** La stratégie de recherche est un devis mixte de type explicatif séquentiel, incluant une méthode quantitative descriptive corrélacionnelle et une méthode qualitative, étude cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués (Yin 1994). Quatre cas seront étudiés dans le CSSS, correspondant à des TdeS offerts à des clientèles ou problématiques cibles. Ce choix permet ainsi l'analyse de contextes diversifiés menant à une meilleure compréhension générale des mécanismes d'intégration des soins. L'échantillon de l'étude sera composé de différents acteurs en soins infirmiers impliqués dans un processus de mise en œuvre d'une TdeS dans le cadre d'un programme-services. Environ 30 infirmières (n = 30) (de tous les titres d'emplois et à divers niveaux de la TdeS) devront être recrutés pour chacun des programme-services afin de compléter un questionnaire – partie quantitative- et environ 7 infirmières, administrateurs et professionnels (n = 7) seront recrutés afin de participer à une entrevue avec la chercheure de l'étude – partie qualitative-.

**La nature, durée et conditions de la participation :** Nous sollicitons votre participation à cette étude afin de procéder à l'étape de validation transculturelle du questionnaire préalablement traduit de l'anglais au français. Vous aurez en votre possession le questionnaire traduit à évaluer et des questions spécifiques relatives à la validation de l'ensemble des libellés du questionnaire. Un temps requis approximatif de 2 heures est envisagé afin de compléter les questions relatives à la validation (pré-test).

**Les risques et inconvénients :** Aucun risque n'est associé à la participation à cette étude. L'inconvénient majeur ou les sources d'inconfort pourraient être causés par le temps que vous devrez prendre afin de répondre au questionnaire « pré-test » ainsi qu'à la démarche d'introspection sur sa pratique et sur son rapport en lien avec son travail, qu'impliquent les questionnements à l'étude. Si vous ressentez un inconfort, vous avez la possibilité à tout moment de cesser d'y participer. Advenant une éventuelle problématique personnelle peu probable en lien avec le travail ou la santé pouvant surgir pendant l'étude, il est toujours possible de consulter le service de Programme d'aide aux employés (PAE) « Santé de l'environnement et du milieu du travail » de Santé Canada, au <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/empl/eap-pae-fra.php>

**Les avantages et bénéfices:** La participation à cette étude vous donnera l'occasion de vous exprimer sur le questionnaire qui sera utilisé dans le cadre de l'étude doctorale de l'étudiante chercheuse. Votre participation permettra de contribuer au raffinement méthodologique de l'étude ainsi qu'à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intégration des soins. Aucune compensation n'est attribuée à la participation à cette étude.

**Droit du sujet de recherche :** En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule cette étude de leur responsabilité civile et professionnelle.

**La diffusion des résultats :** Au terme de l'étude, un rapport synthèse des résultats (principales conclusions) de l'étude sera transmis à l'organisation. Sur demande, vous serez informé de toutes les publications émanant du projet de recherche. La chercheuse demeure disposée à faire des présentations aux équipes intéressées davantage par le sujet.

**La protection de la confidentialité:** Tous les renseignements obtenus ne laisseront aucune possibilité d'identification, ni pendant la réalisation de cette étude, ni par la suite lors de publications, de présentations ou de discussions scientifiques en lien avec les résultats. Les questionnaires « pré-test » seront conservés sous clef à l'Université de Montréal et seule la chercheuse responsable pourra avoir accès à ces documents qui seront détruits 7 ans après la fin

de la recherche. La chercheuse s'engage à respecter les principes de confidentialité. Les données recueillies ne seront utilisées que dans le but de répondre aux objectifs de cette étude.

**Participation volontaire, le droit de retrait :** Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude ou de vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la chercheuse par simple avis verbal, sans aucun préjudice et ni aucune conséquence.

**Les communications** (personnes-ressources): Il est possible en tout temps de communiquer par courriel avec la chercheuse principale afin d'obtenir des renseignements relatifs à l'avancement des travaux, à des résultats généraux du projet de recherche, pour toute information concernant les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude. Caroline Longpré : [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur, du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) par courriel au [cerss@umontreal.ca](mailto:cerss@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100 entre 9h et 17h qui accepte les appels à frais virés, ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca).

**Le consentement du participant:** Ma participation à cette étude est tout à fait volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans aucun préjudice. Je connais la nature et le déroulement du projet de recherche. Mes questions ont reçu des réponses satisfaisantes. Je certifie qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour réfléchir et prendre ma décision. Je pourrai cesser d'y participer en tout temps. J'accepte de participer à ce projet de recherche en complétant le « pré-test » du questionnaire contribuant à sa validation. Je ne renonce à aucun droit légal ni ne libère la chercheuse et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

\_\_\_\_\_

Prénom et nom du participant

\_\_\_\_\_

Signature du participant

(caractère d'imprimerie)

Date : \_\_\_\_\_

**Engagement de la chercheure** : La chercheure s'engage à respecter l'ensemble des conditions convenues dans le présent formulaire de consentement et d'agir avec intégrité.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Ce projet a été évalué et approuvé par Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique du CSSS. Toute révision ou modification apportée à ce formulaire doit au préalable être approuvée par le comité d'éthique de la recherche.

## Annexe 6. Formulaire d'évaluation pré-test du questionnaire



*« Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins »*

DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE : LA PRATIQUE CLINIQUE ET LE BIEN-ÊTRE DES INFIRMIÈRES EN CONTEXTE  
D'INTÉGRATION DES SOINS

Caroline Longpré, *cand. Ph.D.*, Sciences infirmières, option : Administration des services infirmiers, Université de Montréal

**Évaluation du questionnaire, pré-test : Section 1 : Mes données sociodémographiques**

**Encercler oui ou non ou compléter les phrases le cas échéant;**

<b>1. Est-ce que la disposition du texte est favorable ?</b>	<b>2. Est-ce que le nombre de questions permet de dresser un profil intéressant ?</b>	<b>3. Est-ce que les questions sont clairement formulées ?</b>	<b>4. Est-ce que les questions sont compréhensibles ?</b>
<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>
Si non quelles seraient vos propositions	Si non, quelles seraient vos propositions	Si non, quels numéros de questions seraient à reformuler Quelles seraient vos propositions	Si non, quels numéros de questions sont ambigus Quelles seraient vos propositions

**Section 2. Partie a : Caractéristiques du service de soins intégrés**

<b>1. Est-ce que les énoncés sont applicables au contexte québécois ?</b>	<b>2. Est-ce que les questions sont compréhensibles ?</b>	<b>3. Est-ce que les questions sont clairement formulées ?</b>
<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>
Si non, quels numéros de questions ne sont pas applicables	Si non, quels numéros de questions sont ambigus	Si non, quels numéros de questions seraient à reformuler
Quelles seraient vos propositions	Quelles seraient vos propositions	Quelles seraient vos propositions



**Section 2 : partie b : Thème 1**

<b>1. Est-ce que les explications du thème sont compréhensibles et clairement formulées ?</b>	<b>1. Est-ce que les énoncés sont applicables au contexte québécois ?</b>	<b>2. Est-ce que les questions sont compréhensibles ?</b>	<b>3. Est-ce que les questions sont clairement formulées ?</b>
<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>
<b>Si non, souligner directement dans le texte les mots ou phrases non compréhensibles ou non clairement formulés</b>	<b>Si non, quels numéros de questions ne sont pas applicables</b>	<b>Si non, quels numéros de questions sont ambigus</b>	<b>Si non, quels numéros de questions seraient à reformuler</b>
<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>

**Section 2 : partie c : Étape de développement**

Concernant l'ensemble de la partie c : encercler oui ou non aux questions posées, ou compléter les phrases le cas échéant;

<b>1. Est-ce que les explications des étapes sont compréhensibles et clairement formulées ?</b>	<b>1. Est-ce que les énoncés sont applicables au contexte québécois ?</b>	<b>2. Est-ce que les questions sont compréhensibles ?</b>	<b>3. Est-ce que les questions sont clairement formulées ?</b>
<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>
<b>Si non, souligner directement dans le texte les mots ou phrases non compréhensibles ou non clairement formulés</b>	<b>Si non, quels numéros de questions ne sont pas applicables</b>	<b>Si non, quels numéros de questions sont ambigus</b>	<b>Si non, quels numéros de questions seraient à reformuler</b>
<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Quelles seraient vos propositions</b>

### Section 3 : Le bien-être au travail

<b>1. Est-ce que la disposition du texte est favorable ?</b>	<b>3. Est-ce que les questions sont clairement formulées ?</b>	<b>4. Est-ce que les questions sont compréhensibles ?</b>
<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>	<b>oui/non</b>
<b>Si non quelles seraient vos propositions</b>	<b>Si non, quels numéros de questions seraient à reformuler</b>  <b>Quelles seraient vos propositions</b>	<b>Si non, quels numéros de questions sont ambigus</b>  <b>Quelles seraient vos propositions</b>

Temps approximatif pour compléter le questionnaire : \_\_\_\_\_ minutes

Merci de votre collaboration

## Annexe 7. Lettre de remerciements au pré-test du questionnaire



**Objet:** Validation de questionnaire

M. Mme. XXXX

Cette présente lettre est pour souligner votre contribution à la validation du questionnaire «*Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins* », dans le cadre du projet de recherche de Mme Caroline Longpré, candidate au doctorat en Administration des services infirmiers. Votre contribution à la validation de ce questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude a permis de répondre aux exigences de la démarche scientifique requise lors de la traduction (dans ce cas-ci, de l'anglais au français) et de l'adaptation (dans ce cas-ci, des Pays-Bas au contexte québécois) de l'instrument de mesure. Il est à souligner que la qualité des outils de mesures utilisés est à la base de la réalisation d'études valides et fiables contribuant de façon effective à l'avancement des connaissances scientifiques.

Je tiens donc à vous remercier chaleureusement pour votre contribution et ce temps que vous avez investi afin de répondre aux questionnements de validation proposés. Votre grande expertise s'est reflétée à travers vos commentaires et suggestions et a contribué à la création d'un instrument de mesure riche, adapté et pertinent à l'étude de la pratique clinique et du bien-être au travail des infirmières en contexte d'intégration des soins.

Mes plus sincères remerciements,  
Bonne continuité dans vos travaux,

---

Caroline Longpré, inf. M.Sc. Ph.D., (cand.). [Caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:Caroline.longpre@umontreal.ca)

## Annexe 8. Formulaire d'information et de consentement - questionnaire



### Document d'information - questionnaire

**Titre du projet de recherche :** « La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières en contexte d'intégration des soins »

#### **Responsables du projet :**

Caroline Longpré inf. M. Sc. Ph.D. (cand) en sciences infirmières. Option administration des services infirmiers. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheure responsable. Boursière du Centre FERASI (Formation et expertise en administration des services infirmiers, MELS)

Carl-Ardy Dubois Md. (directeur de thèse), professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université de Montréal, Directeur du Centre FERASI.

**Invitation à participer à un projet de recherche :** Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ils vous expliquent le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer, si nécessaire. Nous vous invitons à poser toutes les questions voulues.

**En quoi consiste ce projet :** Les connaissances scientifiques démontrent que l'intégration des services et des soins dans les organisations, en réponse à la mise en place de mécanismes d'intégration des soins par l'établissement de TdeS, amène des défis de taille pour l'ensemble des professionnels impliqués, principalement pour les infirmières qui ont un rôle majeur à jouer dans la réussite de cette réforme de la santé. Toutefois, nous possédons actuellement très peu de connaissances sur le processus de développement des programmes-services et de ses impacts

tant sur la pratique professionnelle que sur le bien-être des infirmières impliquées. Ce projet devrait nous aider à comprendre les pratiques professionnelles qui émergent d'un processus de développement de l'intégration des soins et, ainsi, à identifier les principales stratégies professionnelles et organisationnelles qui soutiennent une pratique porteuse d'une plus grande intégration des soins.

**La méthodologie** : Cette recherche à devis mixte inclut des méthodes tant quantitatives que qualitatives de collecte des données. 4 cas seront étudiés au sein du [REDACTED], les cas correspondant à des trajectoires de soins offertes à des clientèles ou problématiques cibles. Ce choix permet ainsi l'analyse de contextes diversifiés menant à une meilleure compréhension générale des mécanismes d'intégration des soins. L'échantillon de l'étude sera composé de différents acteurs en soins infirmiers impliqués dans un processus de mise en œuvre d'une trajectoire de soins dans le cadre d'un programme-services. 30 infirmières (n=30) (de tous les titres d'emplois et à divers niveaux de la trajectoire de soins) seront recrutées pour chacun des programme-services afin de compléter un questionnaire (partie quantitative) et 7 infirmières et administrateurs et professionnels (n= 7) seront recrutés afin de participer à une entrevue avec la chercheure de l'étude (partie qualitative).

**La nature, la durée et les conditions de la participation** : Vous êtes ainsi sollicité(e) afin de participer à une partie de l'étude qui consiste à remplir un questionnaire à choix multiples et à courts développements permettant de recueillir des données portant sur les trois thèmes suivants; 1) des données sociodémographiques 2) des données sur votre pratique clinique en lien avec le développement de votre programme-services et 3) des données concernant votre perception quant aux changements que vous avez vécus en lien avec votre pratique et votre bien-être au travail.

- Ce questionnaire sera à compléter par vous-même, à l'endroit et au moment de votre choix. Le temps nécessaire pour y répondre est estimé à environ 45 minutes.
- Un délai approximatif de trois semaines vous est accordé pour compléter et retourner le questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie et pré adressée ci-jointe.

- Des rappels quant à l'échéance pour la remise des questionnaires complétés seront réalisés. Des affichages seront apposés dans votre unité en guise de rappel du projet et deux brèves communications verbales en début des quarts de travail seront effectuées par l'investigatrice, soit après la deuxième et troisième semaine.

**Les risques et inconvénients :** Le niveau de risque associé à la participation à cette étude est faible. L'inconvénient majeur ou les sources d'inconfort pourraient être associés au temps que vous devez prendre afin de compléter le questionnaire ainsi qu'à la démarche d'introspection sur votre pratique et votre rapport en lien avec votre travail qu'impliquent les questionnements à l'étude. Si vous ressentez un inconfort, vous avez la possibilité à tout moment de cesser de répondre au questionnaire et de participer à l'étude. Advenant une éventuelle problématique personnelle en lien avec le travail ou la santé pouvant surgir pendant l'étude, il est toujours possible de consulter le service de Programme d'aide aux employés référé par le CSSS; il s'agit de la firme Turcotte et associés au 1 800 567-2580. Il est toujours possible de communiquer avec les ressources humaines au 450 654-7525, poste 30202 ou encore avec le Service de santé et de sécurité au travail au 450-585-4884 poste 2008.

**Les avantages et bénéfices:** Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette recherche. Toutefois, la participation à cette étude vous donnera l'occasion de vous exprimer par écrit sur votre vécu au sein de votre organisation en ce qui concerne le processus d'intégration des soins. Votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances et à une meilleure compréhension de l'intégration des soins.

**Les droits du sujet de recherche :** En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule cette étude de leur responsabilité civile et professionnelle.

**La compensation :** Aucune compensation n'est attribuée à la participation à cette étude.

**La diffusion des résultats :** Au terme de l'étude un rapport synthèse des résultats (principales conclusions) de l'étude sera transmis à l'organisation. Vous serez informé (e) sur demande de

toute publication émanant du projet de recherche. La chercheure demeure disposée à faire des présentations aux équipes qui seraient davantage intéressées par le sujet.

**La protection de la confidentialité :** Le questionnaire est anonyme. Il ne comporte qu'un numéro permettant de distinguer les quatre TdeS à l'étude. Il ne sera donc pas possible de vous identifier lors de l'analyse des réponses, ni pendant la réalisation de cette étude, ni par la suite lors de publications, de présentations ou de discussions scientifiques en lien avec les résultats. La chercheure veillera à ce que les participants ne soient pas identifiables par l'intermédiaire des questions relatives aux données sociodémographiques. Les questionnaires complétés seront conservés sous clef à l'Université de Montréal et seule la chercheure responsable pourra avoir accès à ces questionnaires. Toutes les données issues de cette recherche seront détruites 7 ans après la fin de la recherche. Les renseignements que vous fournirez pourraient être utilisés avant la date prévue de destruction des données dans le cadre d'autres projets de recherche menés sous la responsabilité de la chercheure responsable et qui porteraient sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets devraient être préalablement autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. La chercheure s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité des données qui vous concernent aux conditions énoncées dans le présent document d'information.

**La participation volontaire, le droit de retrait :** Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude sans avoir à donner de raison et sans aucun préjudice ni aucune conséquence. Le questionnaire étant anonyme, la chercheure ne pourra pas relier votre nom à des données en particulier. Une fois que vous aurez retourné le questionnaire rempli, il ne sera donc pas possible de retirer les réponses que vous aurez fournies.

**Les communications (personnes-ressources):** Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter directement la chercheure responsable: Caroline Longpré, [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca).

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au



protocole de recherche et aux documents liées. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale à la qualité des services du CSSS [REDACTED]

Vous pouvez aussi contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) par courriel : [cerss@umontreal.ca](mailto:cerss@umontreal.ca); ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604. Pour plus d'informations sur vos droits comme participant, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante: <http://recherche.umontreal.ca/participants>. Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

**Le consentement du participant** : Afin de préserver votre anonymat, il n'y a pas de formulaire de consentement à signer pour ce volet de l'étude. Le fait de retourner le questionnaire complété à la chercheuse sera la preuve de votre consentement à y participer. Avant de remplir le questionnaire, veuillez-vous assurer que vous avez bien compris la nature et le déroulement de ce projet et que toutes vos questions ont reçu des réponses satisfaisantes. Nous vous rappelons que vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions ou cesser de remplir le questionnaire. Si vous décidez de participer à ce projet, nous vous demandons de bien vouloir retourner le questionnaire rempli à la chercheuse dans un délai de trois semaines.

**L'engagement de la chercheuse** : La chercheuse s'engage à respecter l'ensemble des conditions convenues dans ce document et d'agir avec intégrité.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Ce projet a été évalué et approuvé par Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique du CSSS. Toute révision ou modification apportée à ce document d'information doit au préalable être approuvée par le comité d'éthique de la recherche.

## Annexe 9. « Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins »



### Questionnaire

*« Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins »<sup>17</sup>*

---

<sup>17</sup> Dans le cadre de l'étude : « *La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières en contexte d'intégration des soins* »

Caroline Longpré, *cand. Ph.D.*, Sc. Inf., option : Administration des services infirmiers, Université de Montréal

Bonjour. Ce questionnaire comprend trois sections ; 1) Des données sociodémographiques nécessaires à l'établissement de statistiques, 2) l'outil de Minkman Ahaus et coll. (2011) (trad) permettant de caractériser votre pratique dans un contexte de continuum des soins destiné à la clientèle et 3) l'outil inspiré de Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004) qui consiste à caractériser votre niveau de bien-être au travail.

**SECTION 1 : QUESTIONNAIRE « MES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES<sup>18</sup> »**

Veillez cocher les cases appropriées ou compléter les espaces réservés le cas échéant:

1. Sexe : F:  M:

2. Votre titre d'emploi actuel :

Inf. auxiliaire : <input type="checkbox"/>	Inf. soignante : <input type="checkbox"/>	Inf. clinicienne : <input type="checkbox"/>	Conseillère clinicienne: <input type="checkbox"/>	Inf. pivot : <input type="checkbox"/>
Inf. de liaison : <input type="checkbox"/>	Inf. gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Chargée de projet : <input type="checkbox"/>	Coordonnatrice : <input type="checkbox"/>	Directrice : <input type="checkbox"/>
Monitrice clinique : <input type="checkbox"/>	Inf. praticienne : <input type="checkbox"/>	Gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Autres : précisez :	

3. Votre plus haut niveau de formation complétée:

École d'infirmière : <input type="checkbox"/>	Collégiale : <input type="checkbox"/>	Certificat : <input type="checkbox"/>	Baccalauréat : <input type="checkbox"/>	Maîtrise : <input type="checkbox"/>
DEC-BAC : <input type="checkbox"/>	Microprogramme : <input type="checkbox"/>	DESS : <input type="checkbox"/>	Doctorat : <input type="checkbox"/>	Autre : précisez :
Formation en cours :				

<sup>18</sup> Le féminin est employé tout au long du questionnaire dans le seul but d'alléger le texte

4. Ancienneté au CSSS : nombre d'années \_\_\_\_\_ nombre de mois \_\_\_\_\_

5. Ancienneté dans votre continuum de soins actuel : nombre d'années \_\_\_\_\_ nombre de mois \_\_\_\_\_

6. Année d'obtention de votre permis de pratique : \_\_\_\_\_

7. Quart de travail principal: jour  soir  nuit  rotation

8. Lieu principal votre pratique

Hôpital: <input type="checkbox"/>	CLSC : <input type="checkbox"/>	Centre d'hébergement : <input type="checkbox"/>	Centre de jour : <input type="checkbox"/>	GMF : <input type="checkbox"/>
Clinique externe : <input type="checkbox"/>	Ambulatoire : <input type="checkbox"/>	Centre administratif : <input type="checkbox"/>	Maison de soins palliatifs : <input type="checkbox"/>	
Autre : précisez :				

9. Direction « programmes et services » d'attache :

Enfance, famille : <input type="checkbox"/>	Soutien à l'autonomie : <input type="checkbox"/>	Santé mentale adulte : <input type="checkbox"/>	Santé physique (pall., /onco): <input type="checkbox"/>	Services généraux ( <i>Mpoc</i> , <i>Concerto</i> ): <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--

10. Qui est votre clientèle cible : \_\_\_\_\_

**SECTION 2 : QUESTIONNAIRE « MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DE L'INTÉGRATION DES SOINS (MDIS) »**

© M. Minkman, 2011, traduit et adapté par Longpré & Dubois

Le MDIS permet de décrire les caractéristiques du continuum de soins dans lequel vous travaillez, (**partie a**), de décrire les éléments importants de la pratique clinique permettant de développer des soins en continu et uniformisés (mieux intégrés) sur l'ensemble du continuum de soins (**partie b**) et de situer le développement de ce continuum de soins (**partie c**).

**Partie a :** Caractéristiques du continuum de soins pouvant être suivi par VOTRE clientèle pour l'ensemble de son épisode de soins; Quels sont les services ou fournisseurs de soins faisant partie de l'ensemble de ce continuum de soins ?

Soins palliatifs, domicile <input type="checkbox"/>	Centre hébergement <input type="checkbox"/>	Soins à domicile <input type="checkbox"/>	Service scolaire <input type="checkbox"/>	Clinique privée <input type="checkbox"/>
Maison Soins palliatifs <input type="checkbox"/>	Résidence privée <input type="checkbox"/>	CLSC <input type="checkbox"/>	Organisme communauté <input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/>
Soins palliatifs, CH <input type="checkbox"/>	Centre de jour <input type="checkbox"/>	Centre réadaptation <input type="checkbox"/>	Service ambulatoire <input type="checkbox"/>	Unité : _____
GMF, UMF <input type="checkbox"/>	Service santé mentale <input type="checkbox"/>	Clinique externe <input type="checkbox"/>	Maison convalescence <input type="checkbox"/>	Unité : _____
Autres :				

b. Quels sont les services (ou établissements) avec lesquels vous êtes en relation (ex : communication) dans vos fonctions ?

Soins palliatifs, domicile <input type="checkbox"/>	Centre hébergement <input type="checkbox"/>	Soins à domicile <input type="checkbox"/>	Service scolaire <input type="checkbox"/>	Clinique privée <input type="checkbox"/>
Maison soins palliatifs <input type="checkbox"/>	Résidence privée <input type="checkbox"/>	CLSC <input type="checkbox"/>	Organisme communauté <input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/>
Soins palliatifs CH <input type="checkbox"/>	Centre de jour <input type="checkbox"/>	Centre réadaptation <input type="checkbox"/>	Service ambulatoire <input type="checkbox"/>	Unités : _____
GMF, UMF <input type="checkbox"/>	Service santé mentale <input type="checkbox"/>	Clinique externe <input type="checkbox"/>	Maison convalescence <input type="checkbox"/>	Unités : _____
Autres :				

c. Qui sont les professionnels faisant partie de l'ensemble de ce continuum de soins ?

Omnipraticiens : <input type="checkbox"/>	Inf. soignante : <input type="checkbox"/>	Inf. clinicienne : <input type="checkbox"/>	Conseillère clinicienne: <input type="checkbox"/>	Inf. pivot : <input type="checkbox"/>	Autres : précisez :
Inf. de liaison : <input type="checkbox"/>	Inf. gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Chargée projet : <input type="checkbox"/>	Inhalothérapeutes : <input type="checkbox"/>	Directrice : <input type="checkbox"/>	
Monitrice clinique: <input type="checkbox"/>	Inf. praticienne : <input type="checkbox"/>	Gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Pharmacien : <input type="checkbox"/>	Diététiste : <input type="checkbox"/>	
Orthophoniste : <input type="checkbox"/>	Physiothérapeute : <input type="checkbox"/>	Ergothérapeute : <input type="checkbox"/>	Travailleur social : <input type="checkbox"/>	Psychologue : <input type="checkbox"/>	

d. Quels sont les professionnels avec lesquels vous êtes en relation (ex : communication) dans le cadre de vos fonctions ?

Omnipraticiens : <input type="checkbox"/>	Inf. soignante : <input type="checkbox"/>	Inf. clinicienne : <input type="checkbox"/>	Conseillère clinicienne: <input type="checkbox"/>	Inf. pivot : <input type="checkbox"/>	Autres : précisez :
Inf. de liaison : <input type="checkbox"/>	Inf. gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Chargée projet : <input type="checkbox"/>	Inhalothérapeutes : <input type="checkbox"/>	Directrice : <input type="checkbox"/>	
Monitrice clinique: <input type="checkbox"/>	Inf. praticienne : <input type="checkbox"/>	Gestionnaire : <input type="checkbox"/>	Pharmacien : <input type="checkbox"/>	Diététiste : <input type="checkbox"/>	
Orthophoniste : <input type="checkbox"/>	Physiothérapeute : <input type="checkbox"/>	Ergothérapeute : <input type="checkbox"/>	Travailleur social : <input type="checkbox"/>	Psychologue : <input type="checkbox"/>	

1. À propos de la coordination de ce continuum de soins :

a. Êtes-vous impliquée (ou avez-vous déjà été impliquée) dans un groupe de travail qui se consacre au développement ou au fonctionnement de ce continuum de soins ? : OUI  NON

b. Si OUI quelle est (ou quelle a été) la nature de votre implication ? \_\_\_\_\_

**Partie b :** Description de votre pratique : Ci-dessous, voici les thèmes et les éléments du MDSI qui caractérisent la pratique en contexte de continuum de soins. Pour chacun des éléments, indiquez d'abord si cet élément est PERTINENT (cochez OUI ou NON) pour votre service (VOTRE MILIEU DE TRAVAIL) faisant partie du continuum de soins et indiquez ensuite si l'élément est PRÉSENT, soit en vigueur et pratiqué dans votre service (cochez OUI ou NON). Suivant chaque thème se trouve une question pour laquelle vous devez indiquer votre niveau d'accord (pas du tout d'accord à tout à fait d'accord).

**Thème 1 : Soins centrés sur le client/famille (C/F) :** Ce thème réfère à l'échange d'informations concernant les soins du C/F entre les partenaires de soins<sup>19</sup> et le C/F lui-même, sur l'ensemble du continuum de soins (porte d'entrée, soins, transferts, soutien à la prise en charge, etc.). Réfère aussi à la prestation de soins individualisés et adaptés aux besoins du C/F.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans le service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Transmettre, en collaboration avec les partenaires de soins, de l'information au C/F qui soit centrée sur sa situation				
b. Partager entre les partenaires de soins de l'information sur le C/F				
c. Déterminer avec les partenaires de soins, du plan de soins requis (PTI et PII) pour le C/F (cas complexe)				
d. Utiliser des moyens pour favoriser l'auto-prise en charge du C/F au sein du continuum de soins				
e. Instaurer des outils de communication ou système d'information clinique (ex : PTI, PII, informatique), qui soutiennent le processus de soins tout au long du continuum de soins				
f. Ajuster les soins tout au long du continuum aux besoins particuliers du C/F				
g. Offrir au C/F un point d'accès (guichet) à l'information sur ses soins				
h. Utiliser un protocole clinique permettant d'assurer le suivi systématique du C/F				
i. Utiliser des protocoles soins standardisés (ex; suivi systématique) pour des groupes de C/F ayant des besoins précis				
Thème 1 : En lien avec votre milieu de pratique; le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (du thème 1) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

<sup>19</sup> Le terme « partenaires de soins » inclut les soins infirmiers, médicaux et professionnels impliqués pour le C/F sur l'ensemble du continuum de soins

**Thème 2: Système de prestation des soins:** Ce thème vise la logistique du continuum de soins pour le C/F : les mécanismes de coordination et les procédures visant à optimiser l'ensemble des soins, l'atteinte de consensus et d'ententes (p.ex. sur la logistique, partage d'expertise, échange d'informations, outils de soins) nécessaires de l'admission du C/F jusqu'à la fin de son épisode de soins.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. S'entendre quant à la référence et au transfert du C/F au travers du continuum de soins (ex : d'un milieu à l'autre)				
b. Identifier des moyens pour échanger de l'information sur le C/F au travers du continuum de soins (ex; PTI)				
c. Utiliser un dossier commun pour le C/F qui soit accessible à tous les partenaires sur tout le continuum de soins				
d. S'entendre et respecter les modalités d'échange d'informations sur le C/F				
e. Accéder aux bases de données de tous les partenaires de soins du continuum de soins				
f. Offrir un service de « gestion de cas » pour le C/F dont les besoins sont complexes				
g. S'entendre sur les aspects logistiques du continuum de soins (p.ex. temps d'attente et délais de tx.)				
h. Utiliser des plans de soins et de traitements communs sur tout le continuum de soins				
i. Utiliser un système uniforme d'identification du C/F au sein du continuum de soins				
j. S'entendre entre partenaires de soins sur les consultations d'experts requis pour le C/F				
k. S'entendre entre partenaires de soins sur la gestion et le respect des soins centrés sur les préférences du C/F				
l. S'entendre entre partenaires de soins sur le calendrier des examens et des traitements du C/F				
m. S'entendre entre partenaires de soins sur la planification du congé				
n. Élaborer des critères d'inclusion et de cheminement du C/F dans le continuum de soins				
o. S'entendre entre partenaires de soins sur la prestation de soins aux C/F inscrits sur une liste d'attente				
p. Recourir à une ou des infirmières spécialisées en regard des soins à offrir au sein du continuum de soins				



q. S'entendre entre partenaires de soins quant à la référence du C/F avec des ressources communautaires				
r. Élaborer des critères d'évaluation uniformes permettant d'évaluer l'urgence de la situation de santé du C/F				
Thème 2 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 2) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 3 : Gestion du rendement :** Ce thème représente la mesure et l'analyse des résultats des soins prodigués au sein du continuum de soins, à partir des objectifs de rendement fixés, l'utilisation d'indicateurs uniformisés, les rapports accidents/incidents et la rétroaction (partage de résultats d'évaluation), à partir de l'évaluation du C/F, résultats organisationnels et rendement financier.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Définir des indicateurs de rendement ou de performance des soins offerts en continuum (p.ex. qualité des soins)				
b. Offrir aux partenaires de soins d'où vient le C/F (avant son transfert dans mon unité), de l'information sur son évolution				
c. Recueillir, au sein du continuum, des données sur les indicateurs de rendement des soins (état de santé, qualité de vie)				
d. Recueillir, au sein du continuum, des données sur les logistiques du continuum (p.ex. achalandage, attente, délais Tx)				
e. Utiliser les commentaires des partenaires de soins au sein du continuum pour améliorer les soins				
f. S'entendre sur l'utilisation uniforme des indicateurs de rendement au sein du continuum de soins				
g. Faire le suivi des résultats obtenus au cours du développement du continuum de soins				

h. Établir des objectifs de qualité des soins pour l'ensemble du continuum de soins				
i. Assurer le suivi des rapports d'accident/incident en lien avec le continuum (p.ex. transferts inopportuns, ↓ information)				
j. Suivre une méthode systématique d'évaluation des approches utilisées (p.ex. prestation de soins) et des résultats obtenus				
k. Faire le suivi des évaluations faites par le client et des données de satisfaction de la clientèle				
l. Recueillir, au sein du continuum, des données sur le rendement financier du continuum de soins				
m. Démontrer aux partenaires de soins les effets du continuum sur les soins qui sont offerts				
n. Exercer un suivi visant à déterminer si les soins prodigués sont conformes aux résultats probants				
o. Établir des objectifs de qualité des soins offerts par les partenaires de soins				
p. Déployer des équipes chargées de l'amélioration du processus de soins au travers du continuum				
Thème 3 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 3) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 4 : Qualité des soins :** Ce thème est centré sur le développement d'un continuum de soins interdisciplinaires conformément à des normes et à des recommandations fondées sur des résultats probants et en fonction des besoins et des préférences du C/F.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Évaluer systématiquement les besoins du client au travers du continuum de soins				
b. Développer le travail en équipe interdisciplinaire au sein du continuum de soins				
c. Assurer la participation de représentants de la clientèle aux projets d'amélioration du continuum de soins				
d. Se conformer aux recommandations et aux normes de pratique fondées sur des résultats probants				

e. Assurer la participation de représentants de clientèle aux évaluations du rendement du continuum de soins				
Thème 4 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 4) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 5 : Apprentissage axé sur les résultats :** Ce thème réfère à l'établissement d'une culture d'amélioration continue des résultats obtenus dans le continuum de soins. Essentiels à l'amélioration continue: définition des objectifs de collaboration, identification des points à améliorer dans les soins et de stratégies d'apprentissage, échange de connaissances, mesures incitatives pour encourager le rendement amélioré.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Promouvoir une culture d'amélioration continue dans le continuum de soins				
b. Évaluer les soins prodigués en collaboration avec les partenaires de soins				
c. Partager les bienfaits de la collaboration pour chacun des partenaires de soins				
d. Évaluer en collaboration avec les partenaires de soins, les points à améliorer dans les soins				
e. Partager des connaissances entre partenaires sur l'organisation efficace des services dans le continuum de soins				
f. Favoriser les discussions portant sur les améliorations pouvant être apportées par les partenaires de soins				
g. Échanger de l'information entre partenaires relativement au processus de soins				
h. Offrir des mesures incitatives aux partenaires de soins qui encouragent à atteindre des objectifs de qualité de soins				

i. Utiliser les connaissances et l'information disponibles (indicateurs) pour diriger et coordonner le continuum de soins				
j. Accéder à des programmes de formation et à des occasions d'apprentissage pour les partenaires de soins				
k. Diffuser aux partenaires de soins les résultats de la réalisation des objectifs du continuum				
l. Promouvoir les échanges entre les partenaires en vue d'apporter des innovations aux soins offerts dans le continuum				
Thème 5 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 5) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 6 : Travail en équipe interdisciplinaire :** Ce thème représente le travail en interdisciplinarité auprès d'un groupe de C/F défini. Constitue la cible des professionnels appelés à collaborer au sein d'équipes organisées et intégrées au continuum de soins.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Définir avec les partenaires de soins, le groupe de C/F ciblé par le continuum de soins				
b. Travailler en équipes interdisciplinaires				
c. S'entendre sur la disponibilité et l'accessibilité des partenaires de soins				
Thème 6 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 6) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 7 : Rôles et responsabilités** : Ce thème reflète la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires dans le continuum de soins. Les visées sont la collaboration efficace et l'attribution appropriée des tâches de coordination.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans le service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Échanger entre partenaires de soins sur les rôles et les responsabilités de chacun				
b. Effectuer des ajustements au besoin en lien avec les rôles, entre partenaires de soins				
c. S'assurer que les partenaires de soins connaissent les rôles et responsabilités de chacun				
d. Assigner un coordonnateur de soins à l'ensemble du continuum de soins				
e. Définir les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire				
f. Favoriser des rencontres entre les partenaires sur l'ensemble du continuum de soins				
g. S'entendre sur la manière de présenter et d'intégrer de nouveaux partenaires dans le continuum de soins				
h. Diriger le continuum de soins par des personnes exerçant des fonctions de coordination				
Thème 7 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 7) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 8 : Engagement :** Ce thème est axé sur l’engagement en regard des objectifs définis par le continuum de soins, l’engagement à la collaboration et la volonté d’y participer et la connaissance quant à la nature du travail dans un continuum de soins.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans le service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Définir les objectifs de collaboration dans le continuum de soins				
b. Signer des ententes de collaboration entre les partenaires de soins				
c. Assurer l’engagement du leadership des partenaires de soins impliqués dans le continuum de soins				
d. Décrire les rôles et responsabilités des leaders, coordonnateurs et comités consultatifs au sein du continuum				
e. Formaliser les liens d’interdépendance entre partenaires de soins et établissements de soins (continuum)				
f. Renforcer l’engagement au principe de collaboration, orienté vers le continuum de soins				
g. Tenir des rencontres entre les dirigeants des organisations faisant partie du continuum de soins				
h. Conclure des ententes quant aux domaines de soins respectifs entre partenaires de soins (qui fait quoi)				
i. Promouvoir la confiance entre partenaires de soins				
j. Sensibiliser les partenaires de soins à la nature du travail dans un continuum de soins				
k. Rencontrer des intervenants externes : agences gouvernementales, organismes communautaires, etc.				
Thème 8 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 8) ?	Pas du tout d’accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l’un ni l’autre <input type="checkbox"/> D’accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d’accord <input type="checkbox"/>			

**Thème 9 : Entreprenariat :** Ce thème fait place à l'innovation (expérimentation) et aux responsabilités de leadership - rendement.

Description des éléments de la pratique	Pertinent pour mon service		Présent dans mon service	
	OUI	NON	OUI	NON
a. S'engager mutuellement à l'atteinte des objectifs cliniques visés par le fonctionnement en continuum de soins				
b. Utiliser un langage commun à l'intérieur du continuum de soins				
c. S'entendre sur l'établissement d'un budget financier pour le continuum de soins				
d. Allouer des budgets financiers pour la mise en œuvre et le maintien du continuum de soins				
e. Faire participer les dirigeants aux efforts d'amélioration dans le continuum de soins				
f. Promouvoir un environnement qui encourage l'expérimentation et les projets pilotes et la recherche				
g. Disposer d'un financement global à répartir sur l'ensemble du continuum de soins				
Thème 9 : En lien avec votre milieu de pratique, le développement de ce continuum de soins a contribué, contribue ou contribuera au développement de ces éléments de la pratique (thème 9) ?	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Désaccord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>			

**Selon vous, y aurait-il d'autres éléments qui contribuent à une meilleure pratique en continuum de soins? (QUESTION OUVERTE)**

---



---



---

**Partie c : Étapes de développement d'un continuum de soins**

Les énoncés suivants contribuent à identifier où se situe le mieux l'étape de développement d'un continuum de soins. Dans un premier temps, répondez spontanément selon votre perception, par oui ou non, aux énoncés pour chacune des étapes ci-dessous.

### Étape I : Initiative et conception du continuum de soins:

*Mots clés* : exploration des possibilités/des limites, ambitions et chances de réussite, conception de projet et ententes de collaboration.

	OUI	NON
a. La collaboration entre les partenaires de soins sur l'ensemble du continuum est débutée et s'intensifie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le continuum de soins s'est développé à partir d'un problème commun identifié ou de la nécessité d'exploiter une collaboration déjà existante entre les partenaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Il devenait urgent de développer un continuum de soins pour résoudre les difficultés à répondre aux besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le groupe de clients cible et le processus de soins ont été définis, de même que les besoins des C/F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les partenaires de soins explorent les possibilités/limites et conçoivent des projets visant à exécuter les idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La collaboration au sein du continuum fait l'objet d'une entente signée (formelle) entre les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Étape II: Expérimentation et exécution :

*Mots clés* : rédiger les buts et contenu de la collaboration, coordination au niveau du continuum, expérimentation et réflexion.

	OUI	NON
a. De nouvelles initiatives ou de nouveaux projets sont en cours de réalisation dans le continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Les rôles et responsabilités des partenaires ont été précisés et rédigés, par exemple, sous forme de protocoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La coordination du continuum est assurée grâce à l'affectation de coordinateurs ou de rencontres formelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Il y a échange d'informations sur les C/F, les procédures de travail et les connaissances requises des professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Des expériences sont menées en collaboration et les résultats sont évalués afin d'en tirer des leçons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Les obstacles du continuum ont été franchis grâce à des méthodes de collaboration entre les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Étape III : Développement et évaluation :

*Mots clés* : développement continu et maturité du continuum de soins, évaluation et amélioration des résultats, innovation.

	OUI	NON
a. Certains projets ont été développés ou intégrés au sein du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Les ententes relatives aux rôles et responsabilités des partenaires de soins sont claires et signées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La collaboration ne s'effectue plus de manière informelle. Les résultats de soins en continuum font l'objet de surveillance et les possibilités d'amélioration continue ont été cernées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Un sondage a été mené auprès de la population ciblée sur la qualité des soins dispensés en continuum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. D'autres projets ou initiatives de collaboration se développent, tels que programmes de formation de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. L'engagement à l'endroit des objectifs du continuum se maintient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Les barrières interorganisationnelles et les structures financières fragmentées sont des préoccupations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Étape IV : Consolidation et transformation :

*Mots clés* : amélioration continue, nouveaux objectifs, structures adaptées au continuum (structures organisationnelles, financement).

	OUI	NON
a. La coordination au niveau du continuum de soins est opérationnelle; l'information est partagée, transmise et une rétroaction entre tous les partenaires du continuum a lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un système d'évaluation permet de situer dans quelle mesure les besoins des C/F sont satisfaits et de cibler les possibilités d'amélioration continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Les structures organisationnelles se transforment et se développent autour du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Des accords financiers sont conclus visant l'ensemble du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les partenaires explorent de nouvelles possibilités de collaboration avec d'autres partenaires de l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Le continuum de soins représente la façon habituelle de travailler et d'offrir des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. D'après vos précédentes réponses, selon vous, quelle étape décrit le mieux l'état actuel de votre continuum de soins ?

- Étape I, Initiative et conception                       Étape II, Expérimentation et exécution  
 Étape III, Expansion et évaluation                       Étape IV, Consolidation et transformation

2. Spontanément, selon vous, qu'est-ce qui a le plus contribué à atteindre l'étape actuelle à partir de l'étape précédente? (Précisez)

---

**SECTION 3 : QUESTIONNAIRE « LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL »** Adaptation de Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore, (2004). **Pour chacun de ces énoncés, veuillez cocher la case appropriée<sup>20</sup>**

<b>1. Dans quelle mesure les phrases suivantes correspondent à vos réactions quant à votre pratique dans le contexte du continuum de soins (en développement) dans lequel vous œuvrez :</b>	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout a fait d'accord
a. Ces changements représentent pour moi un défi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ces changements vont à l'encontre de mes souhaits et objectifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Je pense que mon organisation peut faire en sorte que les choses se déroulent différemment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Pendant le développement du continuum de soins, je peux influencer le cours des événements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Je vis ces changements comme un défi à relever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ces changements ne correspondent pas à ce que je souhaite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>20</sup> L'emploi du féminin est utilisé afin d'alléger le texte

g. Je pense que mon organisation a la possibilité de gérer autrement les événements ou les situations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Je suis persuadée que ces changements vont m'offrir de nouvelles opportunités professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ces changements n'annoncent rien de bon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Je suis persuadée que mon organisation peut agir autrement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Je ne peux influencer ces événements d'aucune manière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. En considérant votre pratique dans le contexte du continuum de soins, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes :</b>	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
a. Je suis dans l'ensemble satisfaite de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Par comparaison avec la plupart des emplois, le mien est très intéressant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>3. Pour chaque phrase, cochez la case qui correspond le mieux à votre état au travail au cours des 7 derniers jours travaillés au sein du continuum de soins dans lequel vous œuvrez. Répondez spontanément à chaque question</b>	Jamais ou rarement	De temps en temps	Régulièrement	Toujours ou presque toujours
a. Je suis très active au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Je me sens dépassée par tout ce qu'il y a à faire au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Dès que je suis au travail mon attention est très augmentée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Je me sens démoralisée par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Je travaille dans la précipitation (urgence ou rapidité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

f. Mon travail me permet de me surpasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Mon travail me stresse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Travailler me procure une grande satisfaction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Mon travail m'épuise moralement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Je suis pleine d'énergie au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Je me sens stimulée par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Au travail, je suis fatiguée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Mon travail est passionnant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Je suis nerveuse au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Je suis facilement irritable au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Quand je travaille, j'oublie la fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Je suis angoissée par ma vie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

Merci de votre collaboration

---

Caroline Longpré (cand. Ph.D.) [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)

## Annexe 10. Synthèse du plan de collecte des données

### Démarches actuelles et confirmations :

Direction	Activités
<p><b>Santé mentale</b></p> <p>Rencontre et acceptation de la direction</p>	<p>Rencontre avec la direction et les gestionnaires de programme            CAP*unité de soins et urgence psychiatrique            CAP services ambulatoires 1ère ligne            CAP services ambulatoires 2e ligne            CAP suivi intensif et RNI (ressources non institutionnelles)</p> <p>Présentation du projet avec les membres de la direction élargie (auditorium)</p> <p><u>Milieus à l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unités de soins (CH)</li> <li>• Cliniques externes de psychiatrie (X3)</li> <li>• Suivi intensif dans le milieu</li> <li>• 1ère ligne (CLSC X2)</li> <li>• Urgence</li> </ul>
<p><b>Soutien à l'autonomie</b></p> <p>Rencontre et acceptation de la direction</p>	<p>Rencontre avec la direction            Rencontre avec les gestionnaires et coordonnateurs des milieux pour présenter le projet,            Rencontre des équipes élargies SAD pour présenter le projet</p> <p><u>Milieus à l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)</li> <li>• CMV (Centre multi vocationnel)</li> <li>• Gériatrie active (CH)</li> <li>• SAD (Soins à domicile, CLSC)</li> </ul>

<p><b>Santé physique</b></p> <p>Rencontre et acceptation de la direction</p>	<p>Rencontre avec les gestionnaires pall./onco.</p> <p><u>Milieus à l'étude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>ère</sup> ligne (accueil clinique pneumo, santé du sein),</li> <li>• SAD (Soins à domicile, CLSC)</li> <li>• Unité pall./ Médecine.</li> <li>• Unité pall./onco,</li> <li>• Maison de soins palliatifs (semi-privée)</li> </ul>
<p><b>Services généraux</b></p> <p>Rencontre et acceptation de la direction</p>	<p>Rencontre avec les coordonnatrices</p> <p>Trajectoire proposée : <i>Mpoc</i></p> <p><u>Milieus à l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GMF (groupe de médecine de famille) X2</li> <li>• Unité médecine (CH)</li> <li>• CLSC, CAT**</li> <li>• Clinique externe <i>Mpoc</i></li> </ul>

\*CAP : Chef d'administration de programme

\*\*CAT : Clinique abandon du tabac

## Annexe 11. Formulaire d'information et de consentement à l'entrevue



### Formulaire d'information et de consentement - entrevue

**Titre du projet de recherche :** « La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières en contexte d'intégration des soins »

**Responsables du projet:**

Caroline Longpré inf. M. Sc. Ph.D. (cand) en sciences infirmières. Option administration des services infirmiers. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheure responsable. Boursière du Centre FERASI (Formation et expertise en administration des services infirmiers, MELS)

Carl-Ardy Dubois Md. (directeur de thèse), professeur agrégé, Département des sciences infirmières, Université de Montréal, Directeur du Centre FERASI.

**Invitation à participer à un projet de recherche :** Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ils vous expliquent le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, et vous informent du nom des personnes avec qui communiquer, si nécessaire. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir.

**En quoi consiste ce projet :** Les connaissances scientifiques démontrent que l'intégration des services et des soins dans les organisations, en réponse à la mise en place de mécanismes d'intégration des soins par l'établissement de TdeS amène des défis de taille pour l'ensemble des professionnels impliqués, principalement pour les infirmières qui ont un rôle majeur à jouer dans la réussite de cette réforme de la santé. Toutefois, nous possédons actuellement très peu

de connaissances sur le processus de développement des programmes-services et de ses impacts tant sur la pratique professionnelle que sur le bien-être des infirmières impliquées. Ce projet devrait nous aider à comprendre les pratiques professionnelles qui émergent d'un processus de développement de l'intégration des soins et à identifier les stratégies professionnelles et organisationnelles qui soutiennent ces constats.

**La méthodologie :** Cette recherche à devis mixte inclut des méthodes tant quantitatives que qualitatives de collecte des données. 4 cas seront étudiés dans [REDACTED], les cas correspondant à des trajectoires de soins offertes à des clientèles ou problématiques cibles. Ce choix permet ainsi l'analyse de contextes diversifiés menant à une meilleure compréhension générale des mécanismes d'intégration des soins. L'échantillon de l'étude sera composé de différents acteurs en soins infirmiers impliqués dans un processus de mise en œuvre d'une trajectoire de soins dans le cadre d'un programme-services. 30 infirmières (n = 30) (de tous les titres d'emplois et à divers niveaux de la trajectoire de soins) seront recrutées pour chacun des programme-services afin de compléter un questionnaire (partie quantitative) et 7 infirmières, administrateurs et professionnels (n = 7) seront recrutés afin de participer à une entrevue avec la chercheuse de l'étude (partie qualitative).

**La nature, durée et conditions de la participation :** Vous êtes ainsi sollicité(e) afin de participer à une partie de l'étude qui consiste à une entrevue individuelle avec la chercheuse d'une durée approximative de 60 à 90 minutes. La chercheuse posera des questions qui aideront à mieux comprendre votre vécu en regard du développement du programme-services dans lequel vous êtes impliquée. Cette entrevue se déroulera au [REDACTED], dans un local prévu à cet effet et sera enregistrée sur cassette audio afin de pouvoir retranscrire son contenu - verbatim (ce qui s'est dit durant la discussion) pour fins d'analyse. Des notes manuscrites pourront aussi être prises par la chercheuse afin de compléter certaines informations relatives au contexte. Tout au long de l'entrevue, la chercheuse s'assurera de bien comprendre la nature de vos propos en validant verbalement le contenu. Après la retranscription écrite du verbatim, vous serez invité(e) s, par courriel, à relire le contenu de vos propos afin d'en approuver le contenu.



**Les risques et inconvénients :** Le niveau de risque associé à la participation à cette étude est faible. L'inconvénient ou les sources d'inconfort pourraient être associés au temps que vous devez prendre afin de répondre à l'entrevue ainsi qu'à la démarche d'introspection sur votre pratique et sur votre rapport en lien avec votre travail qu'impliquent les questionnements à l'étude. Si vous ressentez un inconfort, vous avez la possibilité à tout moment de cesser l'entrevue et de participer à l'étude. Advenant une éventuelle problématique personnelle en lien avec le travail ou la santé pouvant surgir pendant l'étude, il est possible de consulter le service de Programme d'aide aux employés référé par le [REDACTED]; la firme Turcotte et associés au 1 800 567-2580. Il est possible de communiquer avec les ressources humaines au 450 654-7525, poste 30202 ou avec le Service de santé et de sécurité au travail au 450-585-4884 poste 2008.

**Les avantages et bénéfiques :** Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette recherche. Toutefois, la participation à cette étude vous donnera l'occasion de vous exprimer sur votre vécu au sein de votre organisation en ce qui concerne le processus d'intégration des soins. Votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intégration des soins et à une meilleure compréhension de ce phénomène.

**Les droits du sujet de recherche :** En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule cette étude de leur responsabilité civile et professionnelle. Aucune compensation n'est attribuée à la participation à cette étude.

**La diffusion des résultats :** Au terme de l'étude, un rapport synthèse des résultats (principales conclusions) de l'étude sera transmis à l'organisation. Vous serez personnellement informée des résultats de l'étude ainsi que de toute publication émanant du projet de recherche sur demande. La chercheuse demeure disposée à faire des présentations aux équipes intéressées davantage par le sujet.

**La protection de la confidentialité :** Nous veillerons à ce que les renseignements qui permettraient de vous identifier ne soient pas inclus lors de la diffusion des résultats. Les

enregistrements et mémos codifiés seront conservés sous clef à l'Université de Montréal et seule la chercheuse responsable pourra avoir accès à ces documents. Toutes les données issues de cette recherche seront détruites 7 ans après la fin de la recherche. Les renseignements que vous fournirez pourraient être utilisés avant la date prévue de destruction des données, dans le cadre d'autres projets de recherche qui porteraient sur les différentes facettes du thème de cette présente recherche. Ces projets seront sous la responsabilité de la chercheuse responsable et devront être préalablement autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. La chercheuse s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité des données qui vous concernent selon les conditions énoncées dans le présent document d'information.

**Participation volontaire, le droit de retrait :** Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude ou de vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous n'avez qu'à aviser la chercheuse par simple avis verbal, sans aucun préjudice ni conséquence négative.

**Les communications (personnes-ressources):** Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter Caroline Longpré, [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)

Le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et aux documents liées. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale à la qualité des services du [REDACTED]

[REDACTED] Vous pouvez également contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) par courriel : [ceress@umontreal.ca](mailto:ceress@umontreal.ca); ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604. Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse: <http://recherche.umontreal.ca/participants>. Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

**Le consentement du participant:** « Ma participation à cette étude est tout à fait volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans aucun préjudice. Je connais la nature et le déroulement du projet de recherche. Mes questions ont reçu des réponses satisfaisantes. Je certifie qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour réfléchir et prendre ma décision. Je pourrai cesser l'entrevue en tout temps. J'accepte de participer à ce projet de recherche par entrevue avec la chercheure, j'autorise l'enregistrement audio lors de l'entrevue. Je ne renonce à aucun droit légal ni ne libère la chercheure et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche

- Je consens à ce que les données qui me concernent soient utilisées dans le cadre d'autres recherches visant à approfondir le thème de l'intégration des soins et de la pratique infirmières, aux mêmes conditions énoncées plus haut.
- Je refuse que les données me concernant soient utilisées dans le cadre d'autres recherches menées par la chercheure responsable.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
Date : \_\_\_\_\_

Voici mon adresse courriel institutionnelle, car je souhaite valider mes propos d'entrevue :

\_\_\_\_\_

**Engagement de la chercheure :** La chercheure s'engage à respecter l'ensemble des conditions convenues dans le présent formulaire de consentement et à agir avec intégrité.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la chercheure  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de la chercheure  
Date : \_\_\_\_\_

Ce projet a été évalué et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal et par le Comité d'éthique du CSSS. Toute révision ou modification apportées à ce formulaire doivent au préalable être approuvées par le comité d'éthique de la recherche.

## Annexe 12. Guide d'entrevue clinique semi-dirigée

- Accueil du participant
- Présentation réciproque (investigatrice et participant). L'investigatrice complète par écrit le questionnaire de données sociodémographiques et s'assure de poser l'ensemble des questions de ce questionnaire.
- Lecture de la feuille d'informations sur le projet et celle du consentement.
- Signature du consentement
- Rappel du but de l'étude

**I) « Dans un premier temps, pouvez-vous me parler de la TdeS (programme-services, ou continuum de soins) dans lequel vous travaillez ? »**

- a) Qui est la clientèle ciblée par cette TdeS ?
- b) Quel est le cheminement habituel de la clientèle lors d'un épisode de soins?
- c) Quels sont les services et les établissements concernés par cette TdeS ?
- d) Depuis combien de temps, selon vous, cette TdeS est-elle en vigueur ?

**II) « À partir de votre expérience professionnelle au sein de cette TdeS »**

Pour chacune des dimensions de la pratique :

- a) À votre avis, dans quelle mesure la mise en œuvre de la TdeS favorise l'établissement de cette pratique ?
- b) Comment s'effectue concrètement la mise en œuvre de la TdeS ?
- c) Quels sont, d'après vous, les facteurs qui favorisent ou contraignent cette pratique ?
- d) Quels sont les défis infirmiers à relever en lien avec cette pratique ?

1) (Soins centrés sur le client/ famille)

2) (Système de prestation des soins)

- 3) (Gestion du rendement)
- 4) (Qualité des soins)
- 5) (Apprentissage axé sur les résultats)
- 6) (Travail en équipe interprofessionnelle)
- 7) (Rôles et responsabilités)
- 8) (Engagement professionnel)
- 9) (Entrepreneuriat transparent) créativité/innovation

**III) « Dans quelle mesure votre pratique, dans le contexte de TdeS, est-elle reliée à votre bien-être au travail » ?**

- a) En contexte de TdeS, parlez-moi des facteurs les plus stressants pour vous ?
- b) Parlez-moi des facteurs qui vous offrent le plus de satisfaction ?

**IV) Remerciements, fin de la rencontre**

**Notes terrain :**

## Annexe 13. Guide d'entrevue administratif



Questionnaire administratif « *Ma pratique clinique en contexte d'intégration des soins* »

**Caractéristiques du continuum de soins dans lequel vous travaillez.**

Cochez clairement les cases appropriées ou complétez les espaces réservés le cas échéant. Le « ? □ » signifie « je ne sais pas »:

1. À propos du continuum de soins développé pour votre clientèle cible (pour l'ensemble de son épisode de soins):

- a. En quelle année ce continuum de soins a-t-il été implanté ? : ANNÉE \_\_\_\_\_ ? □
- b. Existe-t-il des ententes de collaboration avec les omnipraticiens ? : OUI □ NON □ ? □

c. Quels sont les services ou fournisseurs faisant partie de l'ensemble de ce continuum ? (cochez **toutes** les cases appropriées) :

Soins palliatifs, domicile □	Centre d'hébergement □	Soins à domicile □	Service scolaire □	Clinique privée □
Soins palliatifs, A. Dion □	Résidence privée □	CLSC □	Organisme communauté □	Hôpital □
Soins palliatifs, CH □	Centre de jour □	Centre réadaptation □	Service ambulatoire □	Unités : _____
GMF, UMF □	Service santé mentale □	Clinique externe □	Maison convalescence □	Unités : _____
Autres :				

d. De ces services, lesquels travaillent en étroite collaboration ?

e. Qui sont les professionnels faisant partie de l'ensemble de ce continuum de soins ? (cochez **toutes** les cases appropriées) :

Omnipraticiens : □	Inf. soignante : □	Inf. clinicienne : □	Conseillère clinicienne: □	Inf. pivot : □	Autres : précisez :
Inf. de liaison : □	Inf. gestionnaire : □	Chargée projet : □	Inhalothérapeute : □	Directrice : □	
Monitrice clinique: □	Inf. praticienne : □	Gestionnaire : □	Pharmacien : □	Diététiste : □	
Orthophoniste : □	Physiothérapeute : □	Ergothérapeute : □	Travailleur social : □	Psychologue : □	

2. Coordination du continuum de soins :

a. Y a-t-il un groupe qui se consacre au développement/fonctionnement du continuum de soins ? : OUI  NON  ?

b. Si OUI, qui participe à ces groupes de travail (ou quel représentant de milieu – R) ? (cochez les cases appropriées)

Médecin : <input type="checkbox"/>	Professionnel : <input type="checkbox"/>	Client-famille : <input type="checkbox"/>	Infirmière : <input type="checkbox"/>	Gestionnaire : <input type="checkbox"/>
R- communautaire : <input type="checkbox"/>	R - hôpital : <input type="checkbox"/>	R - hébergement : <input type="checkbox"/>	R- CLSC <input type="checkbox"/>	Autres : précisez :

c. Y a-t-il un coordonnateur ou un chef qui coordonne ce continuum? OUI  NON  ?

d. Y a-t-il une entente de collaboration formelle entre les services impliqués dans le continuum ? OUI  NON  ?

e. Y a-t-il des rencontres entre les responsables des services impliqués dans le continuum ? OUI  NON  ?

3. Étapes de développement d'un continuum de soins

Les énoncés suivants contribuent à identifier où se situe le mieux l'étape de développement d'un continuum de soins. Dans un premier temps, répondez spontanément, selon votre perception, par oui ou non, aux énoncés pour chacune des étapes ci-dessous.



### Étape I : Initiative et conception du continuum de soins:

*Mots clés* : exploration des possibilités/des limites, ambitions et chances de réussite, conception de projet et ententes de collaboration.

	OUI	NON
a. La collaboration entre les partenaires de soins sur l'ensemble du continuum est débutée et s'intensifie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le continuum de soins s'est développé à partir d'un problème commun identifié, ou de la nécessité d'exploiter une collaboration déjà existante entre les partenaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Il devenait urgent de développer un continuum de soins pour résoudre les difficultés à répondre aux besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Le groupe de clients cible et le processus de soins ont été définis, de même que les besoins des C/F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les partenaires de soins explorent les possibilités/limites et conçoivent des projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La collaboration au sein du continuum de soins fait l'objet d'une entente formelle entre les partenaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Étape II : Expérimentation et exécution :

*Mots clés* : rédiger les buts et contenu de la collaboration, coordination au du continuum de soins, expérimentation et réflexion.

	OUI	NON
a. De nouvelles initiatives ou de nouveaux projets sont en cours de réalisation dans le continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Les rôles et responsabilités des partenaires de soins sont précisés et rédigés p.ex. sous forme de protocoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La coordination du continuum est assurée grâce à l'affectation de coordinateurs ou rencontres formelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Échange d'informations sur les C/F, les procédures de travail, les connaissances requises des professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Expériences menées en collaboration et les résultats sont évalués afin d'en tirer des leçons et des réflexions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Les obstacles du continuum de soins ont été franchis grâce à des méthodes de collaboration entre les partenaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Étape III: Développement et évaluation :

*Mots clés* : développement continu et maturité du continuum, évaluation/amélioration des résultats, nouvelles questions, innovation.

	OUI	NON
a. Certains projets ont été développés ou intégrés au sein du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Les ententes relatives aux rôles et responsabilités de chacun sont claires et signées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La collaboration ne s'effectue plus de manière informelle. Les résultats de soins en continuum font l'objet de surveillance et les possibilités d'amélioration continue ont été cernées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Un sondage a été mené auprès de la population ciblée sur la qualité des soins dispensée en continuum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. D'autres projets ou initiatives de collaboration se développent, tels que programmes de formation de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. L'engagement à l'endroit des objectifs du continuum se maintient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Les barrières interorganisationnelles et les structures financières fragmentées sont des préoccupations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Étape IV: Consolidation et transformation :

*Mots clés* : amélioration continue, nouveaux objectifs, structures adaptées au continuum de soins (organisationnelles, financement).

	OUI	NON
a. La coordination au niveau du continuum de soins est opérationnelle; l'information est partagée, transmise et une rétroaction entre tous les partenaires du continuum a lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un système d'évaluation permet de situer dans quelle mesure les besoins des C/F sont satisfaits et de cibler les possibilités d'amélioration continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Les structures organisationnelles se transforment et se développent autour du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Des accords financiers sont conclus visant l'ensemble du continuum de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les partenaires de soins explorent de nouvelles possibilités de collaboration avec l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Le continuum de soins représente la façon habituelle de travailler et d'offrir des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. D'après vos précédentes réponses, selon vous, quelle étape décrit le mieux l'état actuel de votre continuum de soins ?

Étape I, Initiative et conception

Étape II, Expérimentation et exécution

Étape III, Expansion et évaluation

Étape IV, Consolidation et transformation

2. Selon vous, depuis quand votre continuum de soins se situe-t-il à cette étape ? (ANNÉE, MOIS) \_\_\_\_\_

Selon vous, des démarches sont-elles entreprises au sein de votre continuum pour accéder éventuellement à l'étape suivante ?

---

---

3. Selon vous, qu'est-ce qui a le plus contribué à atteindre l'étape actuelle à partir de l'étape précédente en termes de stratégies de gestion et de stratégies professionnelles ?

---

---

4. Selon vous, quelles sont jusqu'à présent les répercussions de la mise en œuvre du continuum de soins sur la qualité des soins offerts aux patients ?

---

---

---

5. Selon vous, quelles sont les répercussions de la mise en œuvre du continuum de soins sur les pratiques des infirmières ?

---

---

6. Selon vous, quelles sont les barrières ou les difficultés engendrées par la mise en œuvre du continuum de soins ?

---

---

7. Quels sont les principaux défis organisationnels ?

---

---

8. Quels sont les principaux défis professionnels ?

---

---

Commentaires et réflexion

Merci de votre participation

---

Caroline Longpré [caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)

## **Annexe 14. Tableau de codes préétablis /Résumé**

*SoAu* : Catégorie I. Soutien à l'autonomie

Ensemble de la documentation reliée à la TdeS soutien à l'autonomie

### **I-1.SCC : Thème 1. Soins centrés sur le client**

Ce thème réfère à l'échange d'informations concernant les soins du client/famille (C/F) entre les partenaires de soins<sup>21</sup> et le C/F lui-même, sur l'ensemble de la TdeS (porte d'entrée, soins, transferts, soutien à la prise en charge, etc.). Prestation de soins individualisés et adaptés aux besoins du C/F

I-1.Relation : Dans quelle mesure la mise en œuvre de TdeS favorise la pratique de ce thème

I-1.2.Fac.favo : Les facteurs (stratégies) qui favorisent la pratique de ce thème

I-1.2.a.Stra.prof : Les stratégies professionnelles qui favorisent la pratique de ce thème

I-1.2.b.Stra.orga : Les stratégies organisationnelles qui favorisent la pratique de ce thème

I-1.3. Fac.contr : Les facteurs qui contraignent la pratique de ce thème

I-1.4.Defis : Les défis à relever en lien avec la pratique de ce thème

I-1.4.a.Defis prof : Les défis professionnels

I-1.4.b.Defis orga : Les défis organisationnels

### **I-2.SPS : Thème 2. Système de prestation des soins**

Ce thème vise la logistique de la TdeS pour le C/F : les mécanismes de coordination et les procédures visant à optimiser l'ensemble des soins, l'atteinte de consensus et d'ententes (p.ex. sur la logistique, partage de l'expertise, échange d'informations, outils de soins) nécessaires de l'admission du C/F jusqu'à la fin de son épisode de soins

### **I-3.GDR : Thème 3. Gestion du rendement**

Ce thème représente la mesure et l'analyse des résultats des soins prodigués au sein de TdeS à partir des objectifs de rendement fixés, l'utilisation d'indicateurs uniformisés, les rapports

---

<sup>21</sup> Le terme « partenaires de soins » inclut les soins infirmiers, médicaux et professionnels impliqués auprès du C/F sur l'ensemble du continuum de soins

accidents/incidents et la rétroaction (partager les résultats suite à l'évaluation). Il tient compte de l'évaluation faite par le C/F, des résultats organisationnels et du rendement financier

#### **I-4.QDS : Thème 4. Qualité des soins**

Ce thème est centré sur le développement d'un continuum de soins interdisciplinaires conformément à des normes et à des recommandations fondées sur des résultats probants et en fonction des besoins et des préférences du C/F

#### **I-5.AAR. : Thème 5. Apprentissage axé sur les résultats**

Ce thème réfère à l'établissement d'une culture d'amélioration continue des résultats obtenus dans la TdeS. Essentiels à l'amélioration continue : définition des objectifs de collaboration, identification des points à améliorer dans les soins, identification des stratégies d'apprentissage, échange de connaissances, mesures incitatives pour encourager le rendement amélioré

#### **I-6.TEI : Thème 6. Travail d'équipe interprofessionnelle**

Ce thème représente le travail en interdisciplinarité auprès d'un groupe de C/F défini, qui constitue la cible de travail des professionnels appelés à collaborer au sein de ces équipes organisées et intégrées à la TdeS

#### **I-7.RER. : Thème 7. Rôles et responsabilités**

Ce thème reflète la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires dans la TdeS. Les buts sont de favoriser une collaboration efficace et l'attribution appropriée des tâches de coordination

#### **I-8.ENG : Thème 8. Engagement**

Ce thème est axé sur l'engagement en regard des objectifs définis par la TdeS, l'engagement à la collaboration et la volonté d'y participer et la connaissance quant à la nature du travail dans une TdeS

#### **I-9.ENT : Thème 9. Entreprenariat transparent**

Ce thème fait place à l'innovation (expérimentation), les responsabilités de leadership en matière de rendement et les accords financiers couvrant la TdeS

**I-10.Fac.Contribu : Thème 10. Contribution au développement**

Ce qui a le plus contribué à atteindre l'étape de développement actuelle à partir de l'étape précédente

**I-11.B-Etre : Thème 11. Bien-être au travail**

Dans quelle mesure la pratique en TdeS, est-elle reliée au bien-être au travail

I-12.Stress : Thème 12. Facteurs stressants

I-13.Satis : Thème 13. Satisfaction

**I-14.Desc.phy : Thème 14. Description physique de la TdeS**

Description : les établissements, services, relations (organisationnelles), algorithme

**I-15.Desc.prof : Thème 15. Description des professionnels**

Description : les professionnels, relations professionnelles

**I-16.Citation : Thème 16. Citations significatives**

Inclut ici les citations spéciales sujettes à être retranscrites dans le rapport final

*SaMe* : Catégorie II. Santé mentale

*PaOn* : Catégorie III. Palliatifs/oncologiques

*Mpoc* : Catégorie IV. *Mpoc*

## Annexe 15. Résumé du processus d'analyse des données qualitatives

Thèmes et sous-thèmes émergents

Figure 19. Perspectives organisationnelles

Perspectives organisationnelles	Ressources	Financières
		Humaines
		Contexte physique
		Technologiques
	Mécanismes de gouvernance	Vision de la gestion
		Leadship
	Modèle d'organisation	Structure : Fusion
		Processus : Mécanismes de coordination
	Gestion de la qualité et de la performance	Rendement, standard
		Mécanismes d'évaluation

Figure 20. Perspectives professionnelles

Perspectives professionnelles	Rôles et responsabilités	Rôles intégrateurs, innovation
		Connaissances
		Optimisation
	Collaboration	Communication : Outils, interaction
		Confiance
	Compétences	Culture
		Ressources
		Accessibilité



## **Thème : Ressources**

### **Ressources financières**

*« C'est toujours ardu d'aller chercher du financement. Parfois ce sont des réorganisations internes qui permettent d'aller chercher des miettes ». (Mpoc). « Le service de centre d'abandon du tabac existe à notre CLSC car des heures allouées y sont budgétées de façon récurrente » (Mpoc).*

*« On n'est pas vraiment dans une approche clientèle. Avoir l'ensemble des budgets permettrait de « manager » à l'intérieur d'un continuum selon les besoins. Je pense que la trajectoire Mpoc va en venir à vouloir centraliser les budgets, par ailleurs, il sera difficile d'en arriver là. La façon dont les directions ont été conçues en silo ne permet pas d'avoir un réel amalgame de services. Ici par exemple, il faudrait recouper à l'intérieur même de la santé physique » (SaMe).*

*« Si les patients vont quatre jours semaine aux services courants et alors ne viennent plus à l'urgence, on se dit qu'il y a plus de coûts là, mais des économies là... On déshabille Jean-Pierre pour habiller Pierre » (Mpoc).*

*« Je gère quelques millions et je dois balancer avec des ratios de performance. Si on avait plus d'argent, on en ferait peut-être plus, mais il faut faire avec ce qu'on a, puis essayer de le faire le mieux possible. Il y a des choix organisationnels et gouvernementaux, un CSSS qui a des besoins de tous côtés. Les priorités de un, et de l'autre, des fois sont pas les mêmes. Présentement, l'urgence est priorisée, il ne faut pas qu'il manque de main-d'œuvre, ce qui nécessite une adaptation, une mobilité du personnel, une réorganisation des services » (SaMe).*

### **Ressources humaines**

*« Avant, il y avait deux infirmières, une journée et demie par semaine au Centre. À cela, s'est ajouté à raison de 2 jours/semaine le Centre d'enseignement sur l'asthme, permettant ainsi la création d'un poste à 7 jours quinzaine où sont gérés les deux dossiers » (Mpoc).*

*« J'ai 22 équivalents temps complet, j'en aurais besoin de 54. C'est majeur. Ça coince là, mais je n'ai pas d'argent. Il faut innover et réfléchir à des idées qui ne coûtent rien, mais être prêt à*

*en discuter. J'ai proposé par exemple, que l'on s'attaque au congé sans solde sans fondement valable, qui occupe des postes à temps pleins » (SaMe).*

*« À 40% de nos effectifs requis pour répondre aux besoins de la population, c'est important de s'ouvrir à faire différemment » (SoAu).*

*« Avoir une charge de travail diminuée permettrait de favoriser une pratique en continue pour les patients. On pourrait être à l'affût de tout, ça serait plus facile » (Mpoc). « Parfois je ne sais plus où donner de la tête, il faut que je me recentre sur mes objectifs et mon boss m'aide beaucoup là-dedans... Le personnel commence à être fatigué et épuisé. Il y deux ans, 25 patients par jour en chimio correspondait à une grosse journée, maintenant c'est de l'ordre de 47-48 patients... La création d'un poste d'infirmière à la gestion des urgences oncologiques permettrait à nous les IPO de nous centrer sur le suivi de notre « caseload » (PaOn).*

*« Au soutien à domicile, l'accès aux services en ergothérapie est limité par la surcharge de nos tâches. De ce fait, les infirmières font appel à nos services souvent trop tard, lorsque les problématiques de plaies ou de chutes par exemples sont déjà bien installées, nous laissant malheureusement peu de place pour la prévention » (SoAu).*

*« Puisque je suis sur un remplacement, c'est difficile pour moi d'innover. J'apporte de petits changements, mais par respect pour la personne en poste, je ne pourrais me permettre de tout changer » (Mpoc).*

### **Contexte physique :**

*« On manque de place à l'unité d'onco car le volume d'achalandage a nettement augmenté, la clinique est saturée. Même si on voulait une autre infirmière pivot, il n'y aurait pas de place pour elle. Les soins sont moins personnalisés, il y a davantage de travail à la chaîne et le délai d'attente est trop important (6-7 h. pour 30 min. de traitement). Heureusement, nous avons un projet d'agrandissement en cours. Tous les services seront au même endroit et les déplacements des patients seront diminués. Ce qui est très apprécié des patients et des professionnels » (PaOn).*

## Ressources technologiques

« L'informatisation des dossiers ne permet pas d'offrir un support technologique permettant de faire une vigie quotidienne qui serait accessible aux intervenants du réseau. Nous sommes tributaires de maintenir le « pop-up », d'informations, il n'y a pas de mécanisme pour aviser l'équipe lors de l'entrée de quelqu'un à l'urgence » (Mpoc).

« Les médecins n'utilisent pas le logiciel Concerto mais celui de KinLogix qui inclut les résultats de laboratoire et imageries. On doit alors écrire une note manuscrite pour eux en plus de compléter le questionnaire Concerto, ce qui mène à une surcharge de travail au quotidien. On travaille avec deux écrans » (Mpoc).

Tableau XXVII. Ressources



TeS	<b>Sous-thèmes: R. environnementales (RE), humaines (RH), financières (RF), technologiques (RT)</b>	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	RE : Prêt d'équipement RF : Connaissance des gestionnaires sur le continuum = meilleur partage des ressources RT : DESI	RE : Lieux physiques non adaptés RE : Raretés en hébergement RF : Silos dans la gestion financière RF : Budget ne suit pas le rendement RT : Temps pour compléter les formulaires (DESI, PTI, PSI, PI)
<i>SaMe</i>	RE : Transfert de la 2 <sup>ième</sup> à 1 <sup>ière</sup> ligne RE : Organisation des milieux en fonction des besoins de la clientèle RH : Participation des équipes au processus décisionnel RF : Liberté d'action gestionnaires	RE : Sectorisées RF : Gestion en fonction d'un ratio de performance
<i>PaOn</i>	RE : Proximité des équipes RH : Rehaussement des équipes	RE : Saturation des lieux physiques RF : Accord financier à renouveler en fonction des besoins RH : Pénurie IPO
<i>Mpoc</i>	RE : Développement inspiré d'expériences cliniques <i>Mpoc</i> distincte RT : Programme CONCERTO, évaluation de la clientèle	RE : Varient selon les milieux RF : Pas de mise en commun des enveloppes budgétaires RT : Duplication des programmes informatiques

Figure 21. Matrice transversale : Ressources financières

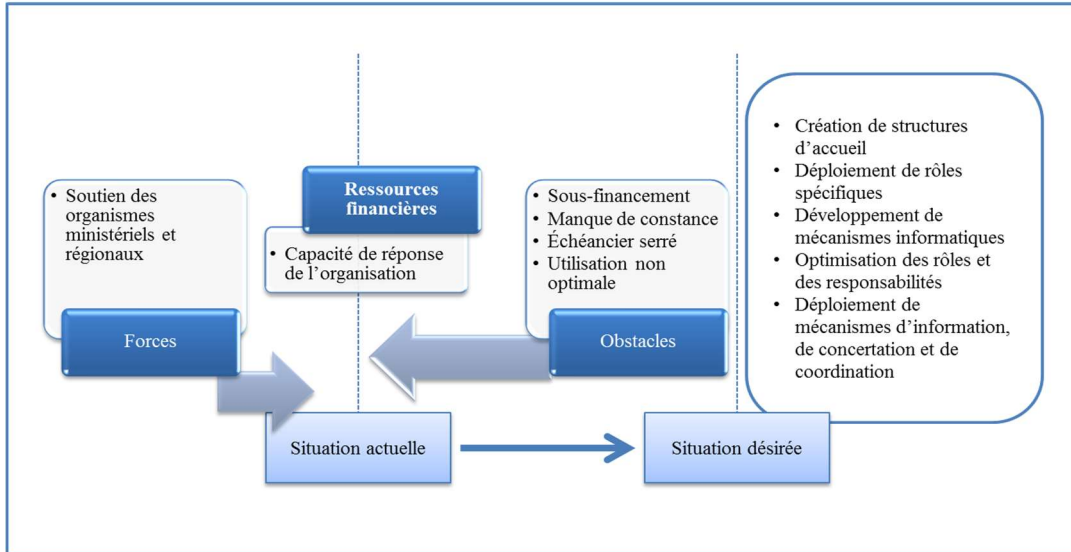


Figure 22. Matrice transversale : Ressources humaines

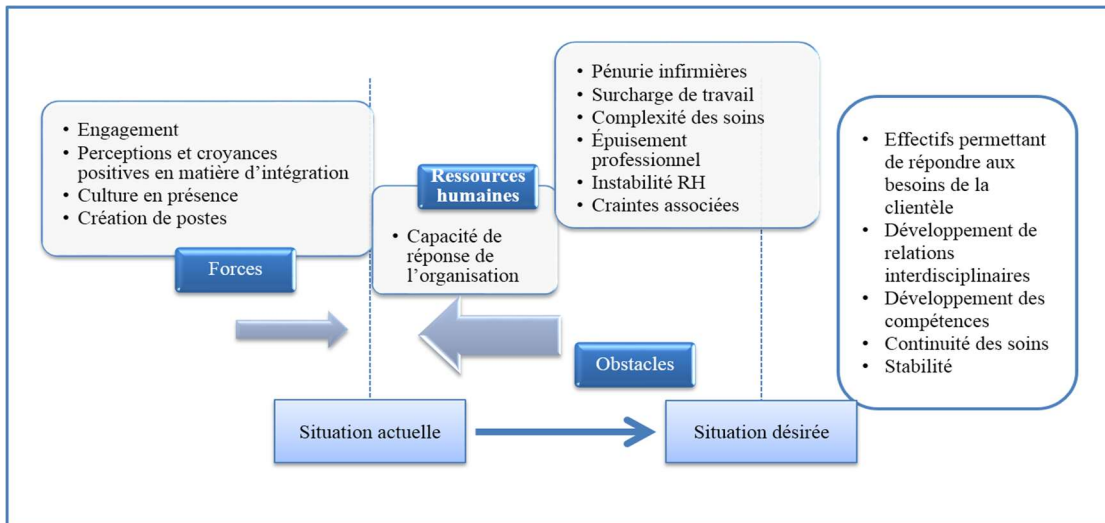


Figure 23. Matrice transversale : Contexte physique

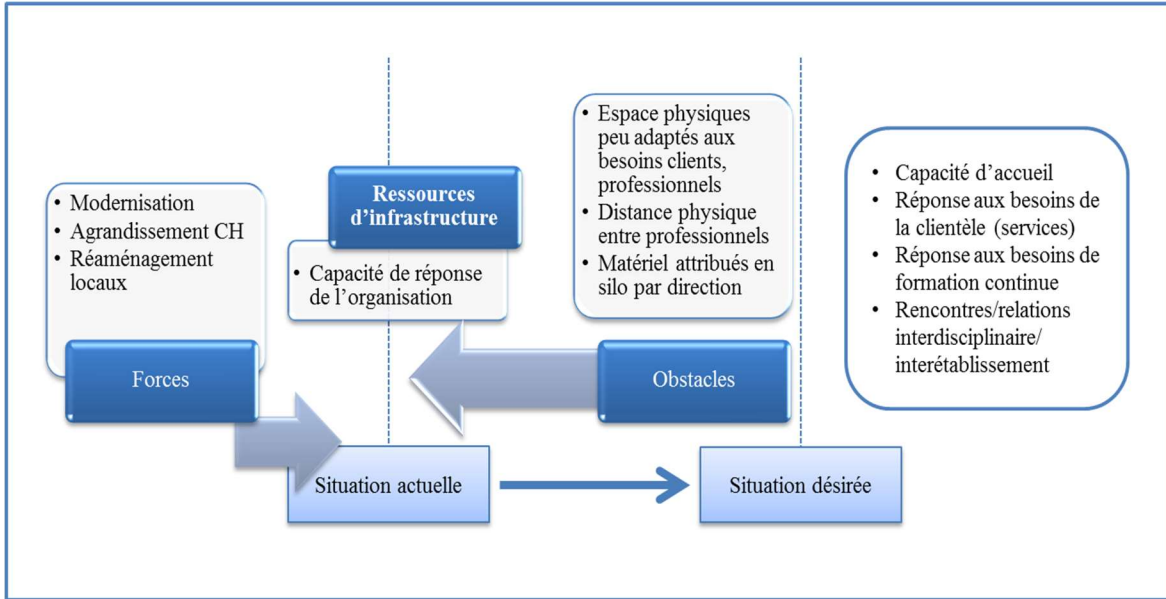
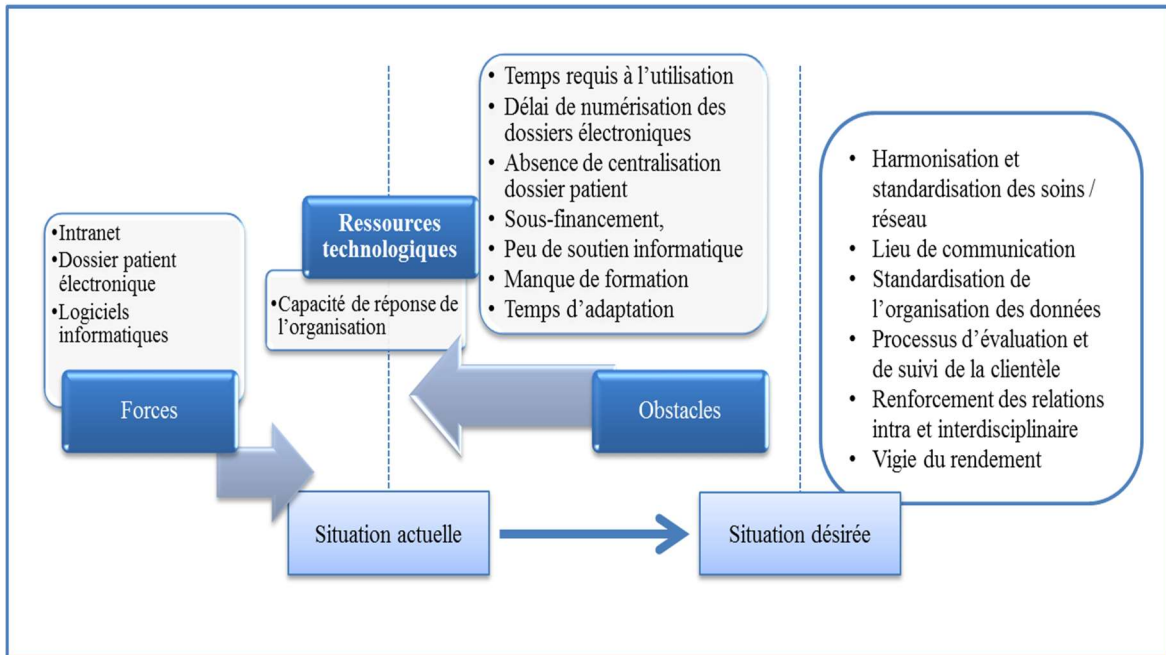


Figure 24. Matrice transversale : Ressources technologiques



## Thème : Mécanismes de Gouvernance

« Cette vision serait ancrée plus facilement aux CLSC, instances de première ligne, ayant déjà une vision clientèle et de nombreux mécanismes de suivi. L'hôpital a encore sa vision hospitalière et reste en vase clos contrairement aux CLSC, plus ouverts et intéressés à ce qui se passe au CH, qui pourtant, ont beaucoup contesté la fusion au départ » (SoAu).

« Dans mon cas, située à la clinique Mpoc, j'ai la latitude de pouvoir prendre un pas de recul pour avoir une vision un peu plus macroscopique et longitudinale d'une situation, d'un client, me permettant une planification à plus long terme, comparativement à d'autres milieux, tels l'hospit ou l'urgence où les infirmières répondent à des problématiques ponctuelles ou urgentes et où la vision est plus morcelée » (Mpoc).

« Au CLSC encore en 2011 c'était très en silo. À mon arrivé en GMF, ça l'était un peu moins parce que l'interdisciplinarité, la collaboration, la pratique collaborative était la vision débattue par le CSSS » (Mpoc).

« Mes gestionnaires et moi avons le même discours, la vision est transmise régulièrement. Lorsqu'on a fait un transfert de personnel de la deuxième à la première ligne, ça été très difficile. Mais là, je pense qu'ils comprennent la vision et qu'à un moment donné il faut que ça change..» (Mpoc). « On est vraiment dans une gestion de changements. C'est engageant mais aussi il devient intéressant de faire quelque chose qu'on croit important et de faire tourner la roue » (PaOn).

« Le rôle de l'infirmière va changer nécessairement avec le guichet d'accès. Particulièrement en première ligne, il faut changer la façon de penser et de travailler, avec plus de responsabilités. C'est l'enjeu, c'est engageant de devoir faire circuler le patient et de lui donner la confiance en l'autre service » (SaMe).

« il faut que tout le monde soit convaincu et en ce moment, la deuxième ligne ne l'est pas. On est en changement et ça fait peur. Le fonctionnement en continuum n'est pas enraciné dans la mentalité de tous » (SaMe),

*« est-ce que l'ouverture aux idées permettra d'implanter de nouvelles façons de faire ? Je ne sais pas. Elle dépend aussi de certaines chasses gardées médicales, par exemple l'implantation de la sédation palliative non acceptée pour l'instant » (PaOn)*

*« J'ai l'air « top » parce que je viens de l'hôpital, mais arrivée en CLSC c'est une autre culture. Ici, par exemple, ils n'ont pas de cahiers de politiques et procédures comme à l'hôpital. Qui fait quoi ? C'est pas pareil. Ça été un choc de culture en arrivant » (PaOn). « Les intervenants des deux CLSC fusionnés fonctionnaient différemment. Par exemple, pour faire passer un nouveau formulaire il a fallu travailler fort parce que c'était du changement qui demande beaucoup de temps pour faire accepter les idées, argumenter, mettre de l'eau dans son vin et réussir » (Mpoc).*

*«Présentement il est déplorable qu'il n'y ait pas de leadership pris aussi par la Direction X dans ce dossier... L'abandon du tabac devrait faire partie d'une philosophie d'établissement pour tous» (Mpoc).*

*« Plus tu impliques les gens, plus à un moment donné ça s'en va vers le mouvement que tu veux. La première étape au changement est d'exprimer les idées et d'être entendu. Avant de prendre une décision, j'aime bien savoir ce que les gens en pensent » (SaMe).*

*« De cette table est né un comité « Fluidité », de résolution de problèmes en lien avec l'accès difficile. Comment autour de la table peut-on aborder ce sujet de façon respectueuse et constructive ? Il a été privilégié de travailler en petit comité avec les gens interpellés à trouver des solutions ou de ramener le problème à la grande table au besoin » (SaMe).*

*« On pourrait aller encore plus loin à l'Intégration de la voix de l'utilisateur. On n'a pas de pairs aidants encore, ça bouleverse les façons de voir » (SoAu).*

*« Comment faire un partenariat clinico-administratif. Dans le passé les médecins prenaient des décisions « x » cliniques, qui avaient des impacts au niveau administratif, sans considérations et vice versa » (SoAu).*

*« Je discute de dossiers ici que je discutais voilà dix ans. Est-ce qu'on a un processus clinique, est-ce qu'on a un cheminement systématique de clientèle? Non. Il y a des choses je pense qui sont à définir éventuellement pour savoir qui est impliqué dans quoi, comment, pourquoi, à quel moment... On n'est pas là » (Mpoc).*

*« Au niveau de l'optimisation des soins, je ne sens pas vraiment que j'ai place à la créativité pour amener des nouvelles idées dans les façons de faire » (Mpoc).*

*« La machine est grosse, c'est compliqué. Avant c'était plus petit. Est-ce que c'était mieux? Je ne sais pas. Parfois les difficultés proviennent de questions de valeur entre les instances. Il y a des ajustements à faire de tous côtés; directions, gestionnaires, coordo, intervenants. Il y a la présence de plusieurs petites cultures qui doivent s'arrimer (SoAu)...Ça change, il y a des liens qui se font, on n'était pas lié autant avec le CLSC avant. Il y a un côté où ça a alourdi aussi. Les gens ne savent plus trop où se référer au besoin » (SaMe).*

*« Malgré le fait que j'ai monté la clinique et toute mon expérience, je n'ai pas d'initiatives à avoir ni mon mot à dire. Je pense qu'il serait important de prendre les avis d'expertise et de considérer ton expérience depuis le début de ce développement » (Mpoc).*

*« Le projet s'amorce en silo et de façon indépendante, sans qu'il n'y ait de communication, aucun mécanisme d'échange d'informations n'est établi et sans avoir le souci de prendre en compte ou d'aller voir ce qui se fait ailleurs, ce qui témoigne d'un manque de respect. « Voici, on arrive avec nos grands projets puis, vous autres, (la clinique) adaptez-vous à ces changements ! c'est ce qui se passe présentement » (Mpoc). « Afin d'améliorer le continuum, il faudrait ouvrir les portes qui restent coincées entre le CH et le CLSC. C'est le travail de mes supérieurs. Nous on n'a pas le temps ni le poids pour le faire. Beaucoup de choses se passent et se font à l'arrière-plan que l'on ne sait pas » (Mpoc).*



Tableau XXVIII. Gouvernance



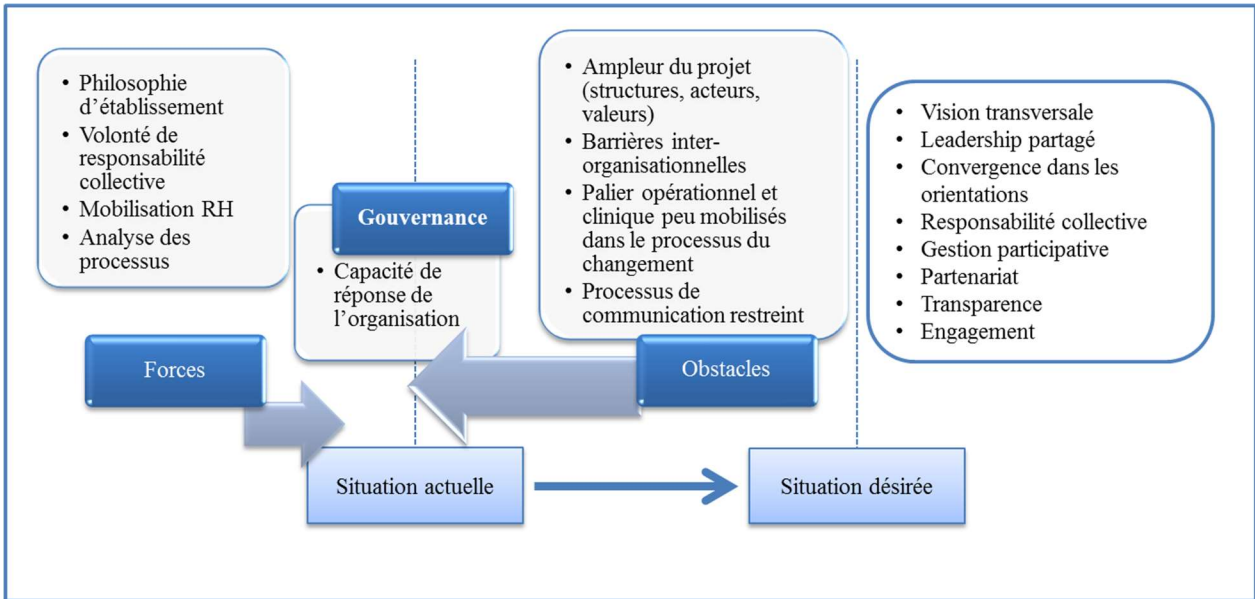
TdeS	<b>Sous-thème : leadership, vision</b>	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	Soutien la gestion du changement Plan de communication Direction transversale Développement d'une vision commune Vision, toutes les organisations font partie de la communauté du pt.	Hiérarchisation importante Niveaux de paliers multiples Pas de groupe de travail qui se penche sur le continuum Désabusé des changements Modes de penser selon les milieux
<i>SaMe</i>	Table de concertation : table locale santé mentale Développement d'une vision politique Gestion participative Développement de la 1 <sup>ière</sup> ligne	Conflit clinique vs administration Appropriation des pts (mon patient)
<i>PaOn</i>	Gestion axée sur les besoins des pts Évaluation des rôles Rencontre clinique et administrative Volonté de faire différemment Culture en relation	Conflit clinique vs administration Vision influencée par le rôle et le milieu
<i>Mpoc</i>	Groupe de réflexion Détermination du leadership requis Portrait cheminement clientèle Développer une philosophie d'établissement Partage entre les directions d'une vision commune	Pas de mécanisme d'échange d'informations Peu de transparence Philosophie de soins en silo

Figure 25. Matrice transversale : Gouvernance



**Thème : Modèle d'organisation des services (structure-processus)**

« Depuis la fusion CSSS, j'ai vu l'harmonisation des pratiques et par rapport au continuum augmenter au fil du temps. Les deux CLSC du territoire étaient deux mondes, maintenant beaucoup de procédés sont uniformisés » (SoAu).

« Lorsqu'un pt se retrouve dans un lit de médecine faute de place en soins pall., ce serait une équipe mobile de soins pall., qui le prendrait en charge. Il y aurait un continuum » (PaOn).

« Puisque je suis mobile entre les installations, je pourrais facilement faire le pont entre les situations, ce qui n'est pas assez souvent le cas » (PaOn).

« L'élaboration d'ordonnance collective s'est développée par l'infirmière, spécifiquement, celle traitant des antibiotiques. Le microbiologiste est venu en soutien et une collaboration s'est amorcée et se maintient toujours » (Mpoc).

« Dans les moments plus difficiles on est capable de rire de nous en premier, parce c'est souvent très émotif. Être capable d'arrêter, puis de se dire; on s'en parles-tu ? On prend-tu un dix minutes? C'est beau ce que tu as fait ! » (SaMe).

Tableau XXIX. Modèle d'organisation



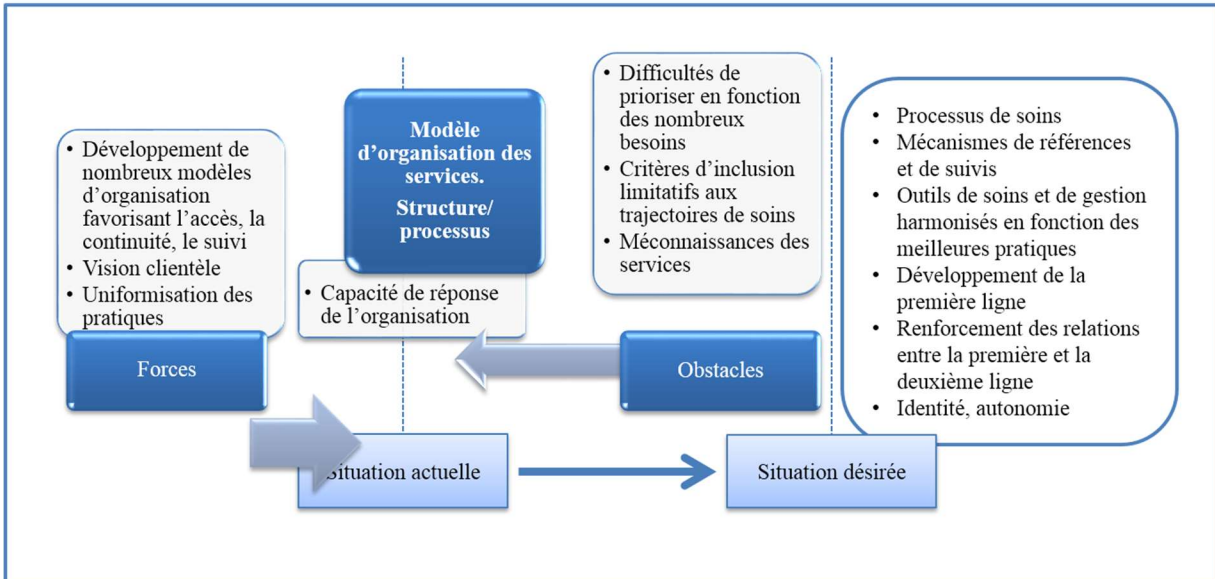


TdeS	Sous-thèmes : Fusion, continuité, harmonisation	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	Circulation de la clientèle simplifiée au sein du CSSS Gestionnaire de cas Service accueil/admission Guichet d'accès centralisé Coordinatrice RISPA Outils d'évaluation multi-clientèle	Défis arrimage de soins entre les établissements Mentalités différentes Peu de connaissance des réalités respectives des milieux Manque de ressources institutionnelles Silo
<i>SaMe</i>	1 <sup>ière</sup> et 2 <sup>ième</sup> ligne en appropriation Connaissance organisationnelle communautaire Harmonisation des pratiques de suivis de la clientèle Infirmière de liaison urgence et triage SIM (Suivi intensif dans le milieu) GASMA (guichet d'accès santé mentale adulte)	Renforcement de la 1 <sup>ière</sup> ligne au détriment de la 2 <sup>ième</sup> ligne Peu de connaissance entre les intervenants du réseau Varie selon les milieux et quarts de travail Revoir la place du psychiatre 1 <sup>ière</sup> ligne
<i>PaOn</i>	Utilisation pertinente des ressources du réseau Uniformité des pratiques	Peu de liens entre le communautaire et l'Agence
<i>Mpoc</i>	Centralisation accueil CLSC-SAD GMF Connaissance expérientielle du réseau Défis-Action, transversalité Inhalo de liaison	Choc des cultures Zones grises Peu de compréhension du continuum et de l'étendue des services Intégration des GMF Critères d'exclusion de la prise en charge

Figure 26. Matrice transversale : Modèle d'organisation



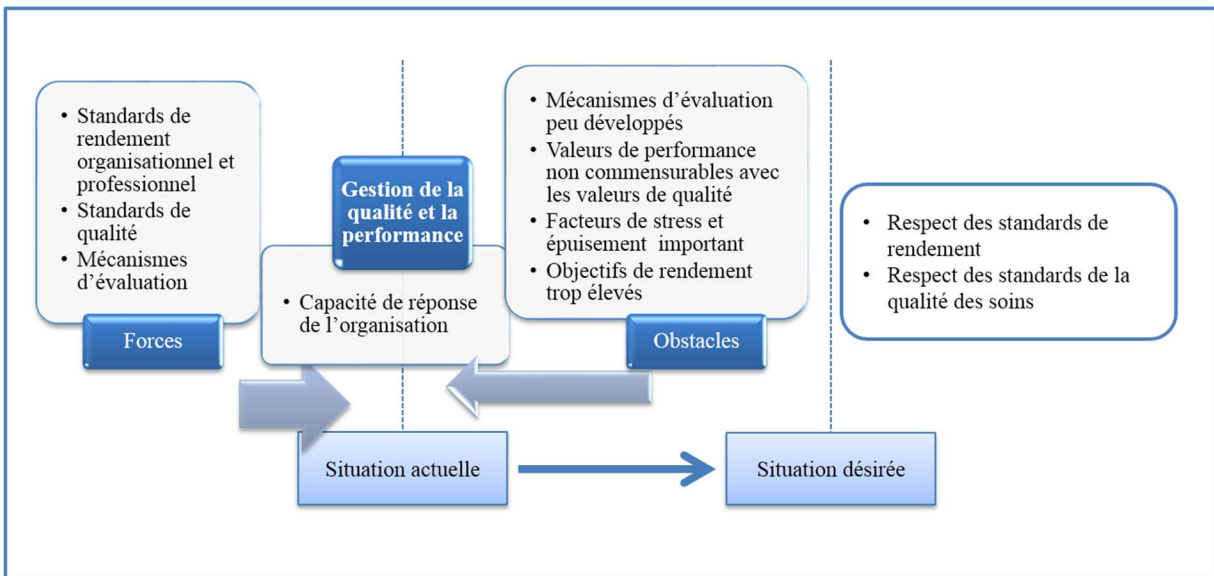
**Thème: Gestion de la qualité et de la performance**

Tableau XXX. Gestion de la qualité et de la performance

	<b>Sous-thèmes: Rendement, standard, mécanismes d'évaluation</b>	
TdeS	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	Processus d'agrément Comité de résidents Outils de mesure du degré d'implantation du RSI (au MSSS) Standards de qualité exigés par les patients Rapport d'accident-incident Outils de mesure pour l'approche adaptée	Exigences accrues Épuisement professionnel Stress associé au processus d'évaluation du personnel Les soins non évalués dans le cadre du continuum mais de l'agrément Pression des statistiques, des questionnaires, de la performance, des quotas, du budget Ne tient pas compte du temps nécessaire au potentiel de réadaptation Manque de lits dans le réseau
<i>SaMe</i>	Influence positive du comité qualité Intégration des normes d'agrément dans la pratique	Difficulté de répondre au ratio-performance Débat performance / qualité des soins

	Évaluation de la satisfaction de la clientèle	Performance associée à l'occupation des lits Performance associée aux nombres d'entrevues quotidiennes effectuées
<i>PaOn</i>	Développement du processus d'évaluation des rôles (inf. dédiée pall./onco) Outils de gestion uniformisés Évaluation de la satisfaction de la clientèle	Peu d'évaluation des rôles Exigences reliées à la reddition de compte à l'Agence Rendement du personnel non évalué Objectifs statistiques non atteints
<i>Mpoc</i>	Gestion administrative et statistiques des pts de l'urgence Logiciel Concerto : suivi des effets positifs et économiques Statistiques programme « J'arrête » Comité qualité	Peu d'évaluation sur l'efficacité du rendement Impression d'une mauvaise connaissance des services de la part des supérieurs

Figure 27. Matrice transversale : Gestion de la qualité et de la performance



## Thème : Optimisation des rôles et responsabilités



« Ce rôle mieux instauré fonctionne vraiment bien. Il permet d'harmoniser les liens qui étaient difficiles, d'avoir de meilleures ententes plutôt que des chasses-gardées, d'avoir quelqu'un au courant de tous les dossiers, de changer les pratiques et surtout, de référer le patient en fin de vie vers le bon service, au bon moment et à la bonne personne » (PaOn).

« Une avancée dans les soins et le rendement de l'unité serait que l'infirmière de liaison puisse être sur notre étage en permanence plutôt que quelques jours/semaines. La connaissance des dossiers lui permettrait de céder les congés des patients plus stables avec l'infirmière, puis d'en aviser rapidement le médecin » (MpoC).

« La conseillère, bien présente au sein des équipes de soins, fait du coaching clinique, du développement d'outils, de protocoles, d'ordonnances collectives et de la formation en collaboration avec les médecins et pharmaciens » (PaOn).

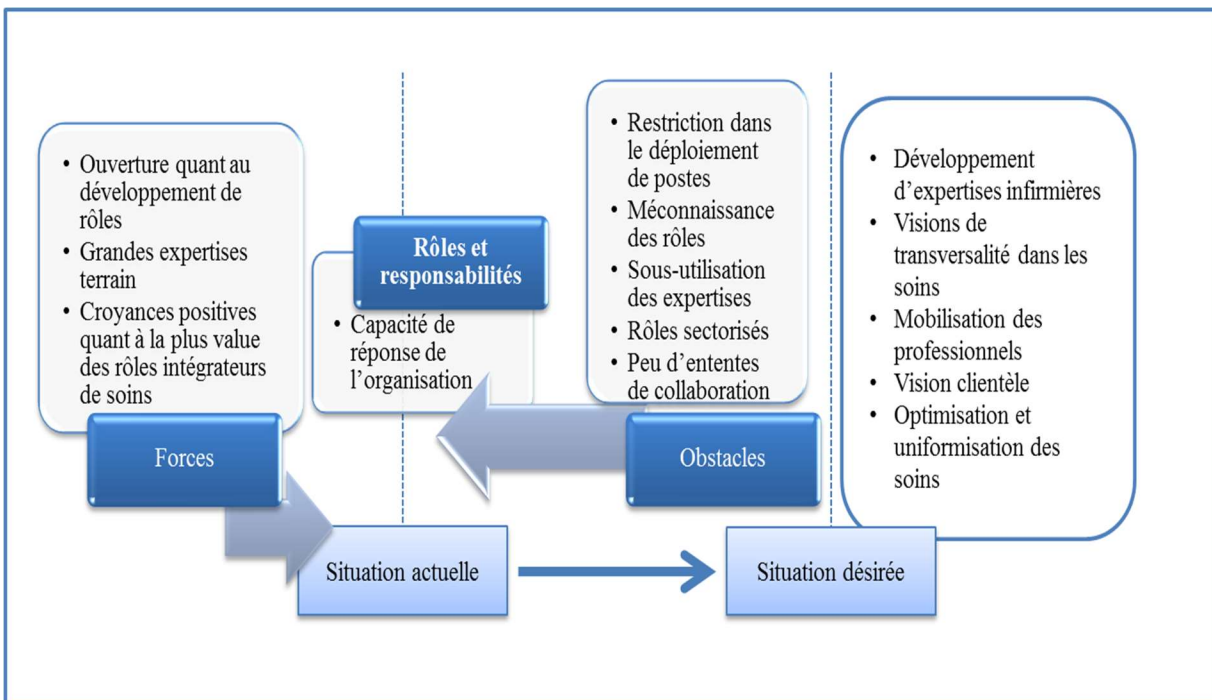
« Je me verrais davantage intervenir dans des situations de soins complexes. Je ne suis pas utilisée à ma pleine capacité. Puisque je suis mobile entre les installations, je pourrais facilement faire le pont entre les situations, ce qui n'est pas assez souvent le cas » (PaOn).

Tableau XXXI. Rôles et responsabilité

TdeS	<b>Sous-thèmes : Optimisation, innovation, connaissance, rôles intégrateurs</b>	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	Loi 90 Outil AINÉS : soutien aux inf. dans les rencontres interdisciplinaires Infirmière RISPA	Choc des cultures Manque de rigueur dans les soins Résistance au changement Rôles sectorisés (non transversal) Optimisation de l'inf. aux.
<i>SaMe</i>	Redéfinition des rôles en fonction de la réorganisation des lieux Infirmière liaison urgence	Ambiguïté des rôles, transition Lacune dans la standardisation des pratiques
<i>PaOn</i>	IPO Inf. dédiée soins pall./onco Force vive dans le soutien aux équipes	Mauvaise connaissance des fonctions associées aux nouveaux rôles inf. pivot et dédiée

	Accueil clinique pneumo Clinique santé du sein	Utilisation des ressources non optimale Gestion des symptômes
<i>Mpoc</i>	Rôle de mentor Soutien des coordonnateurs cliniques Rôle pivot : inf. clinique arrêt tabac Inf. de liaison en permanence (méd.) Clinique <i>Mpoc</i>	Zones grises dans la répartition de l'offre de service Mentalité incrustée Conflits de rôles Vision limitée du continuum de soins

Figure 28. Matrice transversale : Rôles et responsabilités



### Thème : Soutien à la collaboration

« Au départ, aucun des pneumologues n'était affilié au CH et ne souhaitait s'impliquer dans le projet. Il devenait difficile de mettre sur pied une clinique *Mpoc* sans pneumo » (*Mpoc*).

« C'est très agréable le sentiment d'être soutenue. Ce qui amène le plus de satisfaction professionnelle dans l'interdisciplinarité, c'est de pouvoir gérer ce qui m'appartient en tant qu'inhalo et de savoir que d'autres s'occupent de d'autres aspects de la personne, chacun contribue et fait sa part, on n'a pas le choix » (*Mpoc*). « ... où avant tu avais l'impression d'être

*tout seul, puis d'avoir à te débrouiller seul. Maintenant on a l'impression de mieux s'arrimer » (PaOn).*

*« On a eu beaucoup de difficulté à mettre les gestionnaires de cas en place, parce qu'on a fait ça rapidement puis on n'a pas fait les étapes préalables. Il y a des choses qu'il faut faire si on veut que nos gestionnaires de cas aient la légitimité d'intervenir auprès des partenaires. On a du travail à faire » (SaMe).*

*« Une mentalité et une philosophie à changer serait de juste enlever le mot « mon client » dans notre vocabulaire. C'est « notre client » ou « le client que tu m'as référé »... Aussi ne pas voir l'autre professionnel comme quelqu'un de menaçant, mais de complémentaire. Il y a des gens qui veulent tout faire avec leur client, plutôt que d'utiliser les forces de chacun qui permettraient à la personne d'évoluer... et qui amèneraient d'autres idées ou pistes interventions dans nos discussions d'équipes » (SaMe).*

*« pour développer le projet Concerto en GMF, on avait invité une infirmière de la clinique Mpoc du CSSS. L'important était de présenter Concerto comme un complément à ce qui se fait déjà très bien à la clinique Mpoc, afin de renforcer et d'optimiser le service. Au début il y a eu certains conflits d'intérêts par la méconnaissance des rôles de chacun » (Concerto GMF)*

*« l'important est l'équité des services et de s'assurer que Concerto détient la formation requise afin d'offrir le même service de qualité que celui offert à la clinique. À partir du moment où j'en serai assurée et que je saurai à qui m'adresser, je pense que la pression va tomber » (Mpoc)*

*« entre les médecins des soins pall., et l'oncologie, il y a des guerres de pouvoir. Ce qui est compliqué, c'est de bien préciser nos rôles. Notre rôle est d'orienter, hiérarchiser et prioriser les demandes, mais ça devient difficile lorsque les médecins ne souhaitent pas que leurs demandes soient rediscutées » (PaOn).*

*« Dans ces rencontres que je souhaiterais mettre sur pied dans notre unité et qui seraient obligatoires, je verrais toute l'équipe multidisciplinaire. Le personnel de soir en bénéficierait particulièrement car il côtoie moins les médecins... À mon avis, c'est comme ça qu'on va*



*responsabiliser notre monde, qu'on va les amener à upgrader leurs connaissances, puis leur expertise »(SaMe).*

*« la TS n'arrive pas assez tôt, l'ergo vient ponctuellement, le médecin n'est pas toujours là... C'est plus complexe. Le lien le mieux défini est celui entre l'infirmière et l'auxiliaire familiale, qui travaillent en proximité et en continue ensemble. Mais sinon, ce n'est pas optimal » (SaAu).*

*« dans le cadre d'un projet sur la pratique collaborative, il a été constaté que nos réunions inter onco, et en soins pall., sont davantage une rencontre où on échange de l'information et où, en bout de ligne, le médecin prend une décision, qu'une réunion interprofessionnelle où chacun s'implique dans un objectif commun » (PaOn).*

*« les infirmières vont s'impliquer adéquatement auprès de leurs patients, mais elles ont un discours peu « sécuritaire » lorsqu'elles sont questionnées par les médecins, les réponses sont assez... Je pense qu'il manque un peu de chair clinique à travers ça, elles ne sont pas bien préparées à ce rôle et à prendre leur place » (SaMe).*

*« je souhaiterais que l'on travaille ensemble afin que l'on puisse échanger nos connaissances, par contre, cette collaboration ne semble vouloir être présente... Les liens entre les médecins de l'hôpital versus ceux du GMF et les CLSC, devraient être augmentés. C'est difficile car ce sont des mondes très différents. Une coupure importante se fait entre ces services, ils ne se parlent pas » (Mroc).*

Tableau XXXII. Collaboration



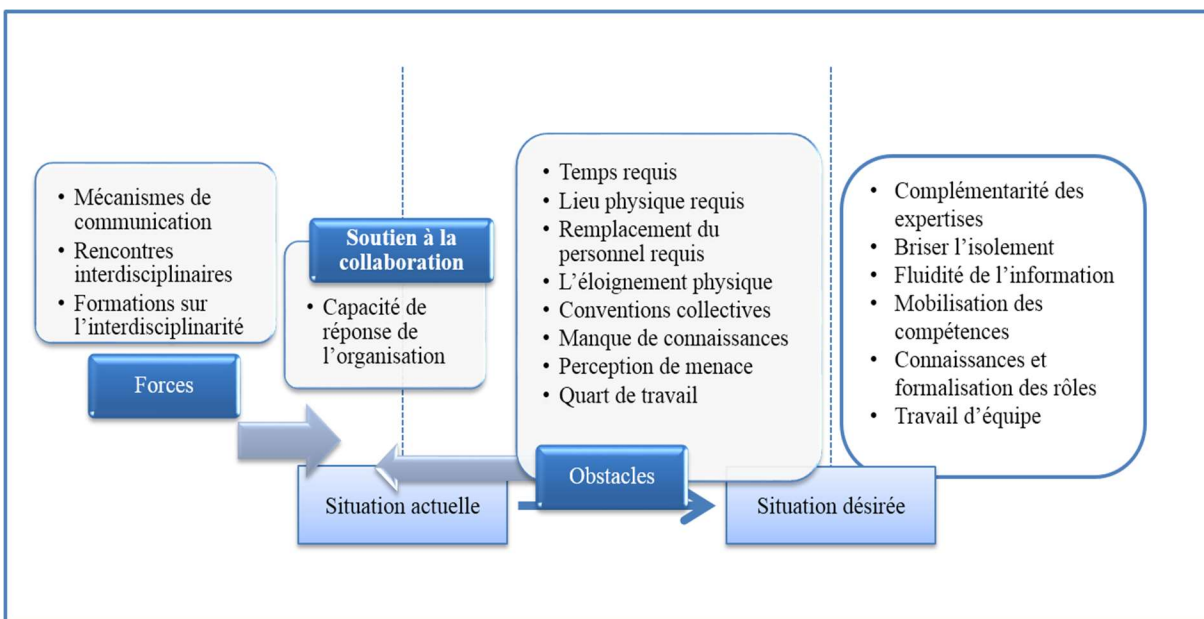
TdeS	<b>Sous-thème : Communication (outil interaction), confiance</b>	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>	Outils AINÉS : prendre sa place dans les rencontres inter Bureau multidisciplinaire au SAD Impliquer les familles comme partenaire Comité hebdomadaire : représentants des instances, discussion de cas Gestionnaire : conscience des limites Unité de gériatrie et UTRF : rencontre inter hebdomadaire CLSC : rencontre sectorielle : information sur les changements	Peu de temps et de lieux de rencontres Peu de connaissance du réseau Travail en silo Pas d'analyse de cas Difficulté à prendre sa place dans une équipe inter Logique de présence et de temps
<i>SaMe</i>	Développement de rencontres multi à l'interne Belle collaboration des médecins Soutien de l'infirmière clinicienne Développer la première ligne	Réserve quant à la collaboration Infirmières non préparées à réaliser des rencontres multi Pas de rencontres multi à l'interne Travail en silo à l'interne
<i>PaOn</i>	Bonne communication inter Communauté de pratique Complémentarité dans les processus Accès à l'expertise Rôle établi entre l'inf. et l'inf. pivot Mobilisation, motivation collective Vision commune Comité des tumeurs, consensus Complémentarité dans le processus	Guerre de pouvoir Différence de culture Défis de faire confiance aux évaluations Implique le rehaussement des équipes Méfiance face aux évaluations téléphoniques
<i>Mpoc</i>	Idée de relancer les rencontres inter Souci du besoin de la clientèle Élaboration d'ordonnance collective par inf. Projet Défis-action pour les grands-utilisateurs à l'urgence Se questionner sur les façons de faire	Peu de rencontres multi Pas de continuum avec concerto Résistance au changement Manque de communication et d'ouverture Manque de confiance

Figure 29. Matrice transversale : Collaboration



### Thème: Développement des compétences

« Comme inhalo, je dois faire des heures de formation continue. C'est intéressant d'être à jour et de développer de la compétence dans son champ d'intervention, oui, parce que nous devons faire affaire avec d'autres professionnels, mais aussi, c'est l'un de connaître une nouvelle technologie exemple, lorsque tu es chez un client. C'est du professionnalisme, sinon c'est ta crédibilité qui est en jeu. Tu es supposée être l'experte en Mpoc, être une personne ressource sinon, c'est quoi ta place là ? Avec l'expérience, je vois la différence. Je maîtrise beaucoup plus mon sujet. Ça me passionne » (Mpoc).

« C'est d'être capable de dire et de reconnaître « je ne connais pas tout » mais d'avoir cette curiosité d'apprendre ce qu'il y a autour dans le réseau. Que ce soit au niveau communautaire ou organisationnel, c'est très enrichissant » (SaMe).

« On a beaucoup de jeunes, je suis là pour les supporter. C'est notre relève, donc on a rôle à jouer » (SaMe). « Il serait pertinent de développer davantage un rôle de mentors chez les inhalos auprès des infirmières, en collaboration avec les conseillères cliniques, afin

d« upgrader » les infirmières dans leur rôle. En ce moment, les inhalos sont très contributifs au succès du suivi Mpoc » (Mpoc).

« C'est certain que d'avoir des moments pour réfléchir, revoir ta situation et créer l'occasion de partager avec d'autres intervenants, c'est fou comment c'est enrichissant, mais ce n'est pas facile dans l'organisation et pour une infirmière au SAD qui a son « caseload » à répondre dans la journée » (SaMe).

Tableau XXXIII. Compétences



TdeS	Sous-thèmes : culture, accessibilité, ressources	
	 Forces motrices	 Forces restrictives
<i>SoAu</i>		Pas de formation sur inter
<i>SaMe</i>	Développement d'une formation en collaboration	Pas accessibilité
<i>PaOn</i>	Formation régulière midi-conférences Soutien compagnies pharmaceutiques Communauté de pratique	Formation offerte par milieu et non par continuum Disparité dans l'offre de formation selon les milieux
<i>Mpoc</i>	Obtenir crédibilité Intranet Co-développement Congrès	Peu de formation Manque de temps Manque de remplacement

Figure 30. Matrice transversale : Compétence

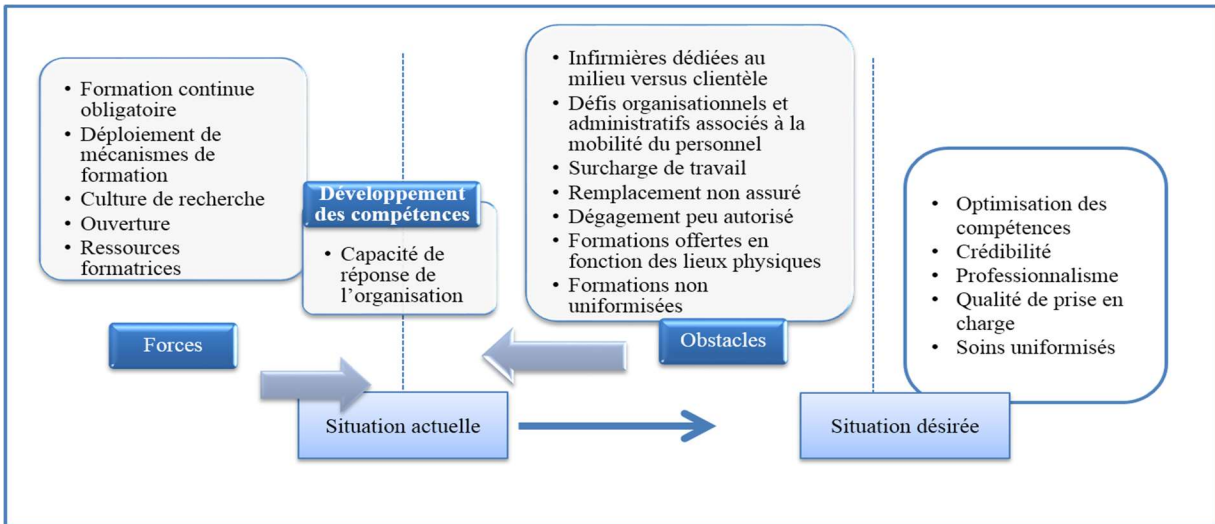
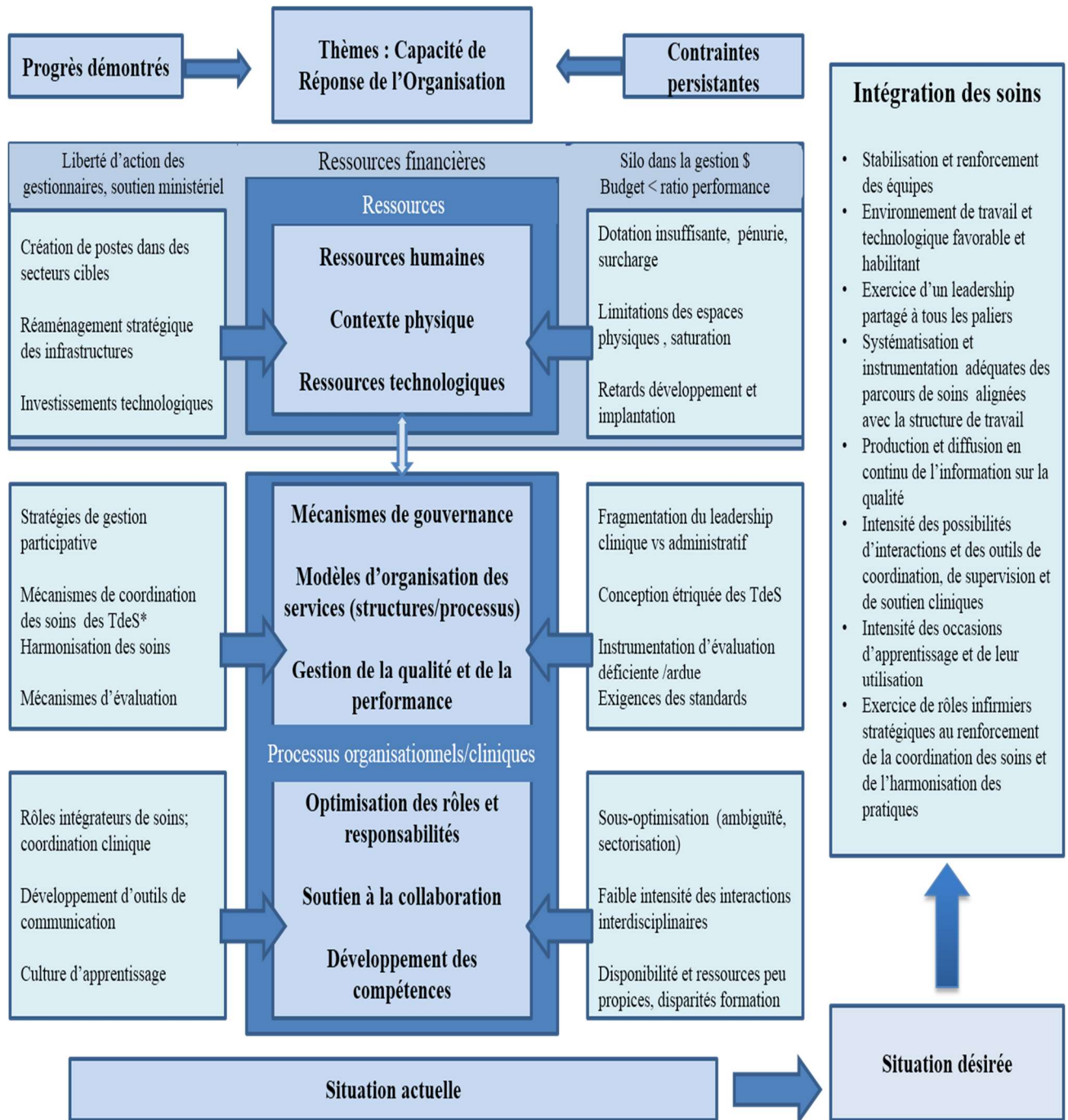


Figure 31. Matrice générale, CSSS



## Annexe 16. Comité d'éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé

10 février 2016

Objet: Certificat d'approbation éthique - 2ième renouvellement – « La pratique clinique et le bien-être des infirmières en contexte d'intégration des soins »

Mme Caroline Longpré,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) - anciennement connu sous le nom de Comité d'éthique de la recherche en santé (CERSS) - a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV  
Carl-Ardy Dubois, professeur agrégé., Faculté des sciences infirmières  
Marie-Claude Longpre (Scs Inf.)  
p.j. Certificat #11-085-CERSS-D(2)

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

*« La pratique clinique et le bien-être au  
travail des infirmières en contexte  
d'intégration des soins »*



Vous souhaitez y participer ?

Étude doctorale menée par Caroline Longpré cand. Ph.D.

Pour informations supplémentaires :

[caroline.longpre@umontreal.ca](mailto:caroline.longpre@umontreal.ca)