

Université de Montréal

La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : dynamiques de mise en  
œuvre d'un modèle de soins

*Par*

Monsef Derraji

École de santé publique

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (PhD)  
en Santé publique, option organisation des soins

Mars 2022

© Monsef Derraji, 2022

Université de Montréal

Unité académique : École de santé publique

---

*Cette thèse intitulée*

**La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins**

*Présentée par*

**Monsef Derraji**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Jean-Louis Denis**

Président-rapporteur

**Lise Lamothe**

Directrice de recherche

**Marie-Pascale Pomey**

Membre du jury

**Nassera Touati**

Examinatrice externe

## Résumé

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé tels que le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et le cancer. Elles requièrent une prise en charge continue, durant plusieurs années et évoluent généralement lentement. Ce projet de recherche vise à comprendre et à analyser les dynamiques associées à la mise en place d'un modèle organisationnel qui permet une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et à porter une attention particulière aux mécanismes professionnels et organisationnels qui favorisent la mise en place de ce modèle de soin dans un contexte pluraliste des organisations et du système de santé. Il vise aussi à explorer si le modèle mis en place permet d'atteindre les objectifs et les résultats de soins escomptés par le modèle.

Le contexte de notre étude s'inscrit dans le réseau de l'écosystème des maladies chroniques et des relations inter-organisationnelles lors de l'implantation et de la mise en œuvre du Centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques CAIMC du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville à Saint-Jean-sur-Richelieu. Les données récoltées proviennent d'entrevues individuelles représentatives de l'ensemble des acteurs professionnels du terrain, se fondent sur des documents et rapports, notamment ceux de divers comités de travail ainsi que de protocoles de soins.

Notre recherche s'appuie sur le cadre conceptuel de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) ainsi que sur le système des professions d'Abbott (1988). Elle met en évidence une complexité organisationnelle et structurelle qui rend difficile la gestion du changement dans les organisations pluralistes, surtout lors de l'implantation d'un modèle de soin dans un long horizon temporel. Cette implantation résulte de la gestion d'un processus d'apprentissage continu au sein de l'organisation.

Le modèle que nous proposons constitue un cadre d'analyse qui permet une synthèse de diverses approches qui favorisent la compréhension de phénomènes complexes et leur gestion. Il contribue ainsi à raffiner et approfondir la compréhension des dynamiques organisationnelles et professionnelles associées à la mise en place d'un modèle organisationnel. Il peut valablement être utilisé pour l'étude de divers modèles de soins, outre celui des maladies chroniques. Il serait d'ailleurs judicieux de considérer un tel cadre d'analyse avant toute expérimentation ou implantation de modèles de soins dans des organisations pluralistes de santé.

Cette étude permet de formuler des recommandations à l'attention des décideurs publics. Elle soutient, notamment, que la mobilisation d'un intrapreneur, ayant l'étoffe d'un leader transformationnel dans un cadre organisationnel agile, favoriserait la création et l'acquisition de connaissances permettant d'accélérer les processus et d'améliorer l'autogestion des patients.

**Mots-clés : #Maladies chroniques #Organisation des soins #Autogestion #Leader transformationnel #Pratiques professionnelles #Agilité organisationnelle #Intrapreneuriat #Innovation organisationnelle**

## Abstract

Chronic diseases include a range of health problems such as diabetes, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and cancer. They require continuous management over several years and generally evolve slowly. On the one hand, this research project aims to understand and analyze the dynamics associated with the implementation of an organizational model that allows for better management of patients with chronic diseases. On the other hand, it sheds light on the professional and organizational mechanisms that promote this chronic care model's implementation in a pluralistic context of organizations and the health system. Finally, it explores whether the model implemented makes it possible to achieve the model's objectives and results of care.

The context of our study is part of the network of the chronic disease ecosystem and inter-organizational relations during the implementation and operation of the Centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques CAIMC of the CSSS du Haut-Richelieu-Rouville in Saint-Jean-sur-Richelieu. The data collected came from individual interviews representative of all professional actors in the field, documents and reports, particularly those of various working committees and care protocols.

Our research is based on the conceptual framework of Crozier and Friedberg's (1977) strategic analysis and Abbott's (1988) system of professions. It highlights an organizational and structural complexity that makes it difficult to manage change in pluralistic organizations, especially when implementing a chronic care model over a long period of time. Implementation results from the management of a continuous learning process within the organization.

The model we propose constitutes an analytical framework that allows a synthesis of various approaches that contribute to the understanding of complex phenomena and their management. It thus helps to refine and deepen the understanding of the organizational and professional dynamics associated with the implementation of an organizational model. It could be used for the study of other care models, in addition to chronic diseases. It would be appropriate to consider the use of such an analytical framework before experimentation or implementation of care models in pluralistic health organizations.

This study makes several recommendations to public decision-makers. In particular, it argues that the mobilization of an intrapreneur, with the makings of a transformational leader in an agile organizational framework, would promote the creation and acquisition of knowledge to accelerate processes and improve patient self-management.

**Keywords: #Chronic diseases #Organization of care #Self-management #Transformational leadership #Professional practices #Organizational agility #Intrapreneurship #Organizational innovation**

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Résumé.....   | 1  |
| Abstract .....  | 2  |
| Table des matières .....  | 3  |
| Liste des tableaux.....   | 9  |
| Liste des figures.....  | 10 |
| Liste des abréviations.....   | 11 |
| Remerciements .....   | 14 |
| Partie 1 : INTRODUCTION.....  | 15 |
| Partie II : CADRE DE LA RECHERCHE.....  | 23 |
| Chapitre 1- État des connaissances.....   | 24 |
| 1.1 Contexte pluraliste des organisations et systèmes de santé.....                               | 25 |
| 1.2 L'évolution des pratiques professionnelles .....  | 27 |
| 1.2.1 Contexte interprofessionnel : .....   | 28 |
| 1.2.2 Contexte organisationnel :.....   | 31 |
| 1.2.3 Piloter le changement : le leadership partagé comme outil de transition .....               | 34 |
| 1.2.3.1 La question du leadership : un concept vague, mais nécessaire .....                       | 35 |
| 1.2.3.2 La dimension de la gestion du changement.....   | 40 |
| 1.2.3.3 Les freins au processus du changement .....   | 41 |
| 1.2.3.4 Les facteurs de réussite d'un processus de changement .....                               | 43 |
| 1.2.3.5 Le niveau intermédiaire ou middle-management .....  | 45 |
| 1.2.3.6 Les contours du leadership partagé : le collectif au service d'un projet structurant..... | 48 |

|  |   |    |
|--|---|----|
| 1.3  | Modèles de prise en charge .....  | 51 |
| 1.3.1  | La pyramide de Kaiser Permanente .....  | 52 |
| 1.3.2  | Modèle de gestion des maladies chroniques : Chronic Care Model (CCM) .....                  | 53 |
| 1.3.3  | Modèle élargi de gestion des maladies chroniques : <i>Expanded Chronic Care Model</i><br>54 |    |
| 1.3.4  | Le modèle de Montréal .....   | 55 |
| 1.3.5  | Le Projet COMPAS et COMPAS+.....  | 57 |
| 1.4  | L'autogestion.....  | 60 |
| 1.5  | Synthèse de l'état des connaissances .....  | 65 |
| Chapitre 2- Cadre théorique .....                    |   | 68 |
| 2.1  | Analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1977).....                               | 68 |
| 2.2  | Les travaux d'Abbott en sociologie des professions .....                                    | 72 |
| 2.3  | Mobilisation des ancrages théoriques et cadre conceptuel .....                              | 76 |
| Chapitre 3- Méthodes et procédures analytiques ..... |   | 80 |
| 3.1  | Approche générale et stratégies de recherche.....   | 80 |
| 3.2  | Contexte de l'étude.....  | 82 |
| 3.2.1  | L'établissement et l'écosystème des maladies chroniques .....                               | 82 |
| 3.3  | Collecte des données .....  | 84 |
| 3.3.1  | Analyse des documents, données administratives et cliniques .....                           | 84 |
| 3.3.2  | Entrevue individuelle semi-dirigée.....   | 86 |
| 3.3.3  | Questionnaire auprès des patients .....   | 88 |
| 3.3.3.1  | Le Heath Education Impact Questionnaire (HeiQ).....   | 90 |
| 3.3.3.2  | Population cible et recrutement des patients pour le questionnaire HeiQ ..                  | 92 |
| 3.3.3.3  | Description du plan d'analyse des données.....  | 94 |

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 3.4   | Analyse des données.....  | 94  |
| 3.5   | Critères de qualité et limites de l'étude.....  | 97  |
| 3.6   | Considérations éthiques.....  | 99  |
| Partie III Présentation des résultats .....   |   | 101 |
| Chapitre 4 : Récit descriptif et chronologique de la préimplantation du CAIMC (2006-2013) |   | 102 |
| 4.1   | La Loi 25 et la création du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.....                                 | 102 |
| 4.1.1   | Les partenaires du réseau local de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville                | 105 |
| 4.2   | Les principes guidant la démarche du projet clinique du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville ..... | 106 |
| 4.2.1   | Projet clinique du réseau local Haut-Richelieu-Rouville .....                                 | 112 |
| 4.2.1.1   | Une clinique de diabète ancrée dans le territoire depuis 1993.....                            | 112 |
| 4.2.2   | La naissance du « suivi systématique » dans le réseau local .....                             | 119 |
| 4.2.2.1   | Objectif du projet .....  | 120 |
| 4.2.2.2   | Établissements impliqués du réseau local .....  | 120 |
| 4.2.2.3   | Clientèle et population visée.....  | 120 |
| 4.2.2.4   | Mode de fonctionnement .....  | 121 |
| 4.2.2.5   | Outils .....  | 125 |
| 4.2.2.6   | Indicateurs de suivi.....   | 127 |
| 4.2.2.7   | Résultats du « suivi systématique » .....   | 127 |
| 4.2.2.8   | Résultats cliniques.....  | 127 |
| 4.2.2.9   | Résultats non cliniques.....  | 130 |
| 4.2.2.10  | Description de l'architecture du CSSS Haut-Richelieu-Rouville .....                           | 131 |
| 4.2.2.11  | Les établissements et les acteurs.....  | 132 |
| 4.3   | Arrivée et installation des groupes de médecine de famille GMF.....                           | 133 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 4.3.1  | Relation entre le réseau des GMF et la clinique de diabète du CSSS .....  | 138 |
| 4.4  | Les attributs d'un mode organisationnel de plus en plus complexe .....  | 142 |
| 4.4.1  | Projet pilote : Infirmière enseignante pivot à l'Hôpital du Haut-Richelieu .....  | 142 |
| 4.4.1.1  | Problématique derrière ce « projet » .....  | 145 |
| 4.4.1.2  | Objectif .....  | 146 |
| 4.4.1.3  | Naissance du « projet pilote ».....   | 147 |
| 4.4.1.4  | Leadership fort de Dre Corbeil et de Mme Patenaude.....   | 149 |
| 4.4.1.5  | Un changement dans les habitudes .....  | 150 |
| 4.4.1.6  | Fin du projet pilote et ouverture du poste .....  | 152 |
| 4.4.2  | Création et déploiement des ordonnances collectives (OC) au sein du territoire<br>154   |     |
| 4.4.3  | Mise en route de la communauté de pratique virtuelle (CdP) en diabète et<br>dyslipidémie du CSSS Haut-Richelieu-Rouville..... | 158 |
| Chapitre 5 : Implantation du centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies<br>chroniques (CAIMC) (2013-2015)..... |   |     |
| 5.1  | Stratégie de l'Agence de santé et des services sociaux en Montérégie .....  | 162 |
| 5.2  | Portrait de la situation : .....  | 168 |
| 5.2.1  | Profil des hospitalisations .....   | 171 |
| 5.2.1.1  | Consultation à l'urgence .....  | 171 |
| 5.2.1.2  | Hospitalisations en soins physiques courte durée.....   | 173 |
| 5.2.1.3  | Hospitalisation courte durée pour diabète.....  | 176 |
| 5.3  | But du CAIMC .....  | 178 |
| 5.4  | Objectifs de la mise en place d'un CAIMC .....  | 178 |
| 5.5  | Mandats.....  | 179 |
| 5.6  | Chronologie de la mise en place des équipes du CAIMC .....  | 180 |

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 5.7   | Évaluation de la performance .....  | 181 |
| 5.8   | La place de l'autogestion au sein du CAIMC .....  | 182 |
| 5.9   | Portrait des patients recrutés .....  | 183 |
| 5.9.1   | Résultats de l'étude HeiQ version 3.....  | 184 |
| 5.9.2   | L'analyse des données.....  | 186 |
| 5.9.3   | Discussion des résultats et limite de l'étude.....  | 187 |
| Partie IV : Discussion et conclusion.....                     |   | 188 |
| Chapitre 6 – Discussion .....                                 |   | 190 |
| 6.1   | L'intrapreneurship et son action.....   | 190 |
| 6.1.1   | Une brève définition de l'intrapreneuriat.....  | 190 |
| 6.1.2   | Pourquoi parler d'intrapreneuriat dans un contexte organisationnel pluraliste?<br>192   |     |
| 6.2   | Piloter le changement : le leader transformationnel au service de l'action collective<br>199  |     |
| 6.2.1   | La dynamique d'apprentissage continu et le rôle du leadership collectif<br>transformationnel .....  | 199 |
| 6.2.2   | Un cadre institutionnel marqué par l'agilité organisationnelle.....   | 212 |
| 6.2.3   | La réussite de la mise en place du modèle de soins et les objectifs mesurables de<br>l'autogestion.....                                     | 216 |
| 6.3   | Amendements au modèle théorique sur la mise en œuvre d'un modèle de soin dans<br>un contexte pluraliste .....                               | 217 |
| Chapitre 7 – Conclusion et contributions de notre étude ..... |   | 221 |
| 7.1   | Recommandations concrètes aux décideurs publics .....   | 221 |
| 7.1.1   | Des objectifs clairs pour orchestrer l'avancement du projet de mise en œuvre d'un<br>modèle de prise en charge des maladies chroniques..... | 223 |

|  |        |
|--|--------|
| 7.1.2 L'agilité organisationnelle pour canaliser l'action collective et favoriser l'intrapreneuriat .....  | 223    |
| 7.1.3 La création et l'acquisition de connaissances comme support au processus continu d'apprentissage .....                                     | 225    |
| 7.2 Contribution de notre étude à la théorie.....  | 227    |
| 7.3 Contributions de notre étude à la pratique .....   | 229    |
| 7.4 Pistes de recherches futures .....   | 231    |
| Références bibliographiques.....   | 232    |
| Annexes .....  | i      |
| Annexe 1 – Guide d'entrevue.....   | i      |
| Annexe 3- Deuxième renouvellement du certificat d'approbation éthique du CERES. ....   | iv     |
| Annexe 4- Certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne / CISSS de la Montérégie-Centre..... | v      |
| Annexe 5- Lettre d'entente avec le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-centre .....                                  | vii    |
| Annexe 6- Formulaire d'information et de consentement.....   | xiii   |
| Annexe 7 : Articles de loi pertinents au développement du projet clinique du réseau local de services.....                                       | xviii  |
| Annexe 8 : Démarche de réalisation du projet clinique.....   | xxiii  |
| Annexe 9 : Grille d'enseignement – Infirmière .....  | xxiv   |
| Annexe 10 : Grille d'enseignement - Nutrition .....  | xxvi   |
| Annexe 11 : liste des membres du sous-groupe de travail.....   | xxvii  |
| Annexe 12 : Constats du groupe de travail .....  | xxviii |

## Liste des tableaux

|   |     |
|---|-----|
| Tableau 1. - Modalités d'action des professionnels, selon Abbott                                  | 76  |
| Tableau 2. - Liste détaillée des entrevues par groupe d'appartenance                              | 90  |
| Tableau 3. - Les 8 domaines et explication des questions du Health Education Impact Questionnaire | 94  |
| Tableau 4. - Caractéristiques des patients démographiques des participants au départ              | 186 |
| Tableau 5. - Les 8 domaines et les questions du HeiQ équivalente                                  | 187 |
| Tableau 6. - Résultats HeiQ   | 188 |
| Tableau 7. - Les quatre modes de conversion des connaissances selon Nonaka (1994)                 | 213 |

## Liste des figures

|  |     |
|--|-----|
| Figure 1. - Processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.   | 79  |
| Figure 2. - Taux ajusté de prévalence du diabète, pour la population âgée de 20 ans et plus selon le sexe  | 112 |
| Figure 3. - Taux ajusté de prévalence du diabète pour la population de 20 ans et plus selon la région  | 113 |
| Figure 4. - Le réseau du cheminement clinique des patients vers le CAIMC   | 134 |
| Figure 5. - Proportion de la population de 18 ans et plus actuellement atteinte d'au moins une maladie chronique, RLS et Montérégie  | 170 |
| Figure 6. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant déjà été atteinte d'au moins 2 maladies chroniques, RLS et Montérégie  | 171 |
| Figure 7. - Nombre et prévalence ajustée du diabète, population de 20 ans et plus, RLS du Haut-Richelieu-Rouville  | 172 |
| Figure 8. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des 2 dernières années, Montérégie   | 173 |
| Figure 9. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant consulté à l'urgence au moins une fois au cours des 2 dernières années, Montérégie                                     | 174 |
| Figure 10. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des 2 dernières années selon le nombre de maladies chroniques, Montérégie | 175 |
| Figure 11. - Nombre et taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée, RLS du Haut-Richelieu-Rouville   | 176 |
| Figure 12. - Répartition en nombre et en proportion des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause, RLS du Haut-Richelieu-Rouville                             | 177 |
| Figure 13. - Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour diabète, RLS, Montérégie et Québec   | 178 |
| Figure 14. - Cadre théorique « Processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques. » avec modifications   | 220 |

## Liste des abréviations

|           |   |
|-----------|---|
| ASSSM :   | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie                         |
| AVC :     | Accident vasculaire-cérébral  |
| CAC :     | Comité d'amélioration continue  |
| CAIMC :   | Centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques                   |
| CCLS :    | Le Collège canadien des leaders en santé  |
| CCM :     | Chronic Care Model  |
| CdP :     | Communauté de pratique  |
| CERES :   | Comité d'éthique de la recherche en santé   |
| 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   |
| COMPAS :  | Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et des services |
| CSSS :    | Centre de santé et de services sociaux  |
| DG :      | Directeur général   |
| DGA :     | Directeur général adjoint   |
| DM-SCAN : | Diabetes Mellitus Status in Canada  |
| DRMG :    | Département régional de médecine générale   |
| E-CCM :   | Expanded Chronic Care Model   |
| FMOQ :    | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec                                    |
| GMF :     | Groupe de médecine de famille   |
| HeiQ :    | Health Education Impact Questionnaire   |
| INESS :   | Institut national d'excellence en santé et services sociaux                         |
| INSPQ :   | Institut national de santé publique du Québec                                       |
| LSSS :    | Loi sur la santé et les services sociaux  |
| MPOC :    | Maladie pulmonaire obstructive chronique  |

|           |  |
|-----------|--|
| MRC :     | Municipalité régionale de comté                                      |
| MSSS :    | Ministère de la Santé et des Services sociaux                        |
| NICE :    | National Institute for Clinical Excellence                           |
| OC :      | Ordonnance collective  |
| OMS :     | Organisation mondiale de la santé                                    |
| PME :     | Petite et moyenne entreprise   |
| PTI :     | Plan thérapeutique infirmier   |
| RAMQ :    | Régie de l'assurance maladie du Québec                               |
| RBP :     | Recommandation de bonne pratique                                     |
| RCA :     | Réseau clinico-administratif   |
| RLS :     | Réseau local de services   |
| SAC :     | Système d'action concret   |
| SISMACQ : | Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec    |
| TA :      | Tension artérielle   |
| UCCPSU :  | Unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence |

*À mes très chers parents, à ma femme*

*À mes frères Morchid et Mohamed-Amine et à ma petite sœur Kaouther*

*À mes enfants Nael et Inès*

*et à toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique, en*

*espérant que les résultats de ce travail trouveront place dans l'amélioration*

*de leur prise en charge.*

## Remerciements

Il me sera très difficile de remercier tout le monde sachant que de nombreuses personnes m'ont aidé à mener à terme cette thèse.

Je voudrais tout d'abord remercier grandement ma directrice de thèse, Lise Lamothe, pour son aide et ses conseils précieux. Son exigence m'a grandement stimulé tout le long de ma rédaction et je suis très chanceux d'avoir pu compter sur son soutien car, outre son appui scientifique, elle a toujours été là pour me guider et me conseiller au cours de l'élaboration et l'avancement de cette thèse, mais aussi lors de mes deux changements de carrière.

Je remercie également Dre Marie-Andrée Corbeil et Mme Ginette Patenaude ainsi que l'équipe des professionnels de la santé au CIUSS de Saint-Jean-Sur-Richelieu qui ont pris le temps d'échanger avec moi et d'enrichir mes recherches. Leurs remarques m'ont permis de mieux comprendre la réalité du terrain.

Je tiens particulièrement à remercier tous les patients qui ont pris le temps de répondre aux questions posées par cette thèse. Les résultats de ce travail sont en partie le fruit de leur participation.

Mes remerciements vont également au personnel du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, particulièrement les professeurs qui ont contribué à ma formation académique et l'équipe d'administration qui a facilité mon parcours académique.

Finalement, je remercie toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études, mes réflexions et ceux qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel, notamment Mme Narjisse Ibnatty Andaloussi et Dr Khalil Moqadem, tout au long de ces années de doctorat.

# Partie 1 : INTRODUCTION

## Introduction

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé comme le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et le cancer. Selon l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2014), les maladies chroniques sont des affections qui nécessitent, d'abord et avant tout, une prise en charge continue pendant des années, voire des décennies et sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles sont responsables de 63 % des décès et sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Les personnes de 65 ans ou plus représentent le groupe d'âge qui connaît la plus forte progression au Canada, et cette tendance devrait se maintenir pendant plusieurs décennies. Les Canadiens vivent plus longtemps, et l'espérance de vie a augmenté de façon importante tant chez les hommes que chez les femmes (Statistique Canada, 2014).

En 2013, le nombre d'aînés a atteint un sommet sans précédent de 5,4 millions de personnes, soit 15,3 % de la population totale; d'ici à 2056, on prévoit que le quart de la population, soit 13 millions de personnes, aura 65 ans ou plus (Statistique Canada, 2013).

Concernant le Québec, la proportion de la population âgée de 12 ans et plus résidant en ménage privé et rapportant au moins un des 10 problèmes de santé chroniques suivants est passée de 50 % en 2000-2001 à 53 % en 2005 (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009) : les allergies (alimentaires et non alimentaires), l'arthrite (ou les rhumatismes), le cancer, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les problèmes de la

thyroïde (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). De plus, les individus ayant une maladie chronique ont un risque plus élevé d'en développer d'autres (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010).

La prévention des maladies chroniques a été préconisée comme un élément clé des soins primaires produisant de meilleurs résultats, une plus grande efficacité et un meilleur accès aux services par rapport à d'autres secteurs (Fortin et coll., 2013). Les patients atteints de maladies chroniques multiples font plus de visites aux urgences et passent plus de temps dans les hôpitaux que ceux ayant d'autres besoins de santé (Fortin et coll., 2007). Les personnes atteintes de maladies chroniques ont souvent un réel besoin de formation et d'encadrement pour acquérir la confiance, les compétences, les connaissances, et la motivation nécessaires afin de gérer les répercussions physiques, sociales et émotionnelles de leur maladie. D'où l'importance d'un cadre organisationnel permettant l'émergence d'une culture favorisant une prise en charge basée sur l'autogestion et la responsabilisation du patient.

## **Pertinence du problème de recherche**

La prise en charge des maladies chroniques est une approche systématique visant à coordonner les interventions de l'équipe de soins de santé et les communications au plan individuel, organisationnel, et à l'échelle régionale ou nationale. Les données montrent que des approches coordonnées sont plus efficaces que des interventions isolées ou non coordonnées, mais il est difficile de dire quelles sont les meilleures stratégies pour coordonner les interventions entre différents prestataires, régions et systèmes financiers (Singh, 2008). Les connaissances sont relativement limitées en ce qui concerne l'organisation des services médicaux de première ligne.

En 2007, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) ont reçu le mandat de procéder à une consultation d'experts et à une revue de la littérature scientifique pour identifier les barrières ainsi que les éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Un des aspects importants de ce mandat était de se référer spécifiquement au Chronic Care Model (Wagner, 1998) et à l'Expanded Chronic Care Model (Government of British Columbia, 2003) tout au long de la démarche de recherche.

Ce mandat s'insérait dans la démarche de recherche plus large du projet « *MaChro-1 : Une étude sur les modèles d'organisation de première ligne et la santé des patients atteints de maladies chroniques* » (Lévesque, 2007).

Selon ces analyses, la gouverne des organisations et du système de santé, le financement des services de santé et la prestation de services individuels et collectifs sont des enjeux importants pour l'implantation de ces modèles. En ce qui a trait aux modifications organisationnelles nécessaires à l'implantation des modèles à l'étude, la consultation d'experts et la synthèse de la revue de littérature, la recherche de Lévesque (2007) arrive à un autre constat, c.-à-d. que les organisations de soins doivent être capables de soutenir divers éléments tels que la pratique de groupe, la présence de systèmes d'information clinique, la modification du paiement des médecins, la participation plus grande des patients et la création d'équipes multidisciplinaires afin que les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques puissent réellement s'actualiser.

Bien que les écrits aient démontré la pertinence des modèles et des programmes de prise en charge des maladies chroniques, peu d'études présentent une description des contextes organisationnels dans lesquels s'inscrivent ces démarches de mise en œuvre. Cela justifie l'importance de comprendre tant les conditions et les dynamiques sous-jacentes aux difficultés, que les éléments simplifiant la mise en œuvre.

Notre étude vise donc la compréhension et l'analyse des dynamiques organisationnelles et professionnelles associées à la mise en place d'un modèle organisationnel qui permette une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, ainsi que l'impact de l'autogestion sur l'évolution de la maladie chronique.

En effet, les programmes d'autogestion ont un impact sur l'utilisation des services de santé et sur la qualité de vie des patients. Par exemple, dans le cas des maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'autogestion permet une réduction significative du taux de réadmissions des patients (Bourbeau, et coll., 2003); cette réduction est également observée à long terme (Gadoury et coll., 2005).

En conséquence, il est plus facile d'implanter des interventions cliniques ponctuelles, telles les guides de pratiques cliniques, que d'implanter des systèmes plus complexes de gestion populationnelle de la maladie chronique (Rundall et coll., 2002). Cela crée l'opportunité d'analyser les facteurs favorisant et les obstacles de la mise en œuvre. La principale lacune résiderait dans la compréhension incomplète de cette dynamique entre les éléments organisationnels du processus, soit l'analyse de la séquence des événements tels qu'ils se déploient dans le temps. La transformation des pratiques professionnelles et la coordination des

soins représentent des exemples d'angles d'analyse qui vont nous permettre de comprendre le phénomène de mise en œuvre.

Notre étude vise à enrichir la réflexion sur les modèles de prise en charge des maladies chroniques ainsi que sur la dynamique de leur mise en œuvre à différents niveaux. De plus, elle vise également à comprendre les processus et dynamiques encore peu connus lors de la mise en œuvre des modèles ainsi que la gestion des processus de changement.

## **Objectifs de la recherche**

Ce projet de recherche vise à comprendre et à analyser les dynamiques des acteurs impliqués et responsables de la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soins permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Notre recherche se focalise davantage sur un sous-ensemble d'acteurs au sein de cet écosystème, à savoir ceux qui peuvent exercer une influence sur la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins de prise en charge des maladies chroniques.

Un deuxième objectif est de porter une attention particulière aux mécanismes professionnels et organisationnels mobilisés par les acteurs qui permettent la mise en place de ce modèle de soins.

Enfin, le troisième objectif est d'explorer si le modèle mis en place permet l'atteinte des objectifs et des résultats de soins visés par le modèle.

Ainsi, en matière de gestion des maladies chroniques, la question n'est plus seulement de savoir si la personne atteinte fait partie ou non de la solution. Le véritable enjeu qui se pose réside dans la façon de soutenir la personne dans son développement, dans son autonomisation et dans le

maintien de sa capacité à gérer sa maladie et à prévenir les complications. Cette question implique que nous nous intéresserons aux dynamiques organisationnelles associées et le rôle des acteurs, tout en prenant en considération le contexte pluraliste ainsi que les éléments qui influencent la prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique lors de la mise en œuvre d'un modèle de soins.

## **Présentation de la thèse**

Notre thèse est présentée en quatre temps. Dans un premier temps, nous avons posé la problématique et la pertinence de notre recherche ainsi que les objectifs la soutenant. La partie II inclut en premier lieu le chapitre 1 qui est consacré à l'état des connaissances qui aborde la conception d'une organisation de santé comme un contexte pluraliste. Dans cette optique, l'état des connaissances pertinentes à la réalisation de cette recherche portera principalement sur ce concept ainsi que sur les modèles de prise en charge des maladies chroniques. Par la suite, le chapitre 2 comprend les éléments d'ancrage théorique ayant guidé notre démarche. Finalement, le chapitre 3 correspond aux aspects opérationnels de cette thèse ainsi que le contexte de l'étude et les grandes lignes de la méthodologie.

Dans la troisième partie, nous présentons les résultats découlant de l'application de notre démarche d'analyse. Dans un premier temps, nous présentons le récit chronologique des événements survenus depuis la phase de préimplantation jusqu'à la création du Centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques CAIMC. Par la suite, nous nous intéressons plus particulièrement au rôle des acteurs impliqués en termes notamment de pilotage, de relations entre les acteurs, d'interactions avec les institutions locales et les dynamiques professionnelles.

Finalement, nous rapportons leur interprétation du Modèle et de son impact sur leurs positions sociales en termes d'opportunités ou de menaces pour leur capital social. Quelles menaces y voient-ils? Quels bénéfices peuvent-ils obtenir de ce changement?

La dernière partie de notre thèse est consacrée à la discussion et à la conclusion. Dans le chapitre 6, nous nous penchons sur les notions de l'intrapreneuriat et le leader transformationnel au service de l'innovation dans le système de santé. Aussi, nous présentons une nouvelle version de notre cadre théorique qui inclut certains ajouts au modèle de prise en charge des maladies chroniques. Cette nouvelle version nous permet, dans un premier temps, d'illustrer la dynamique organisationnelle qui a été créée afin de mettre en place un modèle organisationnel de la prise en charge des maladies chroniques et, dans un deuxième temps, de décrire l'attitude et le comportement des acteurs qui ont construit collectivement le modèle de soin.

Enfin, dans le chapitre 7, nous proposons tout d'abord des recommandations concrètes aux pouvoirs publics quant à la mise en place de modèle de prise en charge des maladies chroniques. Ensuite, nous montrons que les résultats de notre recherche peuvent servir à approfondir la compréhension des connaissances théoriques concernant le pilotage de changements au sein des systèmes de santé.

Dans cette partie, nous discutons finalement des principales contributions à la pratique de notre recherche et nous y proposons des pistes de réflexion pour de futures recherches.

## **Partie II : CADRE DE LA RECHERCHE**

Cette deuxième partie de la thèse, divisée en trois chapitres, présente le cadre de notre recherche. Le premier chapitre traite de l'état des connaissances, et se scinde en deux principales sections concernant la conception d'une organisation de santé comme un contexte pluraliste. Dans cette optique, l'état des connaissances pertinentes à la réalisation de cette recherche portera principalement sur ce concept ainsi que sur les modèles de prise en charge des maladies chroniques.

Ensuite, le chapitre 2 présente le cadre théorique qui s'appuie sur des éléments provenant de l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1977) et la théorie du système des professions de Abbott (1988).

Enfin, le chapitre 3 porte sur les méthodes et les procédures analytiques mobilisées dans le cadre de notre étude. En plus de comprendre des informations sur l'approche générale et la stratégie de recherche, il en inclut d'autres sur le contexte de l'étude, la collecte et l'analyse de données, les critères de qualité et limites de l'étude, et enfin, les considérations éthiques.

## Chapitre 1- État des connaissances

Ce chapitre comporte deux sections : nous nous penchons tout d'abord sur la conception d'une organisation de santé dans un contexte pluraliste en nous interrogeant sur ses fondements. Nous discutons des particularités et des caractéristiques des contextes pluralistes. Nous nous penchons également sur le comportement des acteurs qui interagissent au sein d'un système complexe. Dans de tels contextes, notre intérêt sera la compréhension des sources de pouvoir et de décision ainsi que la nature du leadership exercé par les acteurs.

Dans la deuxième section, nous aborderons les écrits sur l'organisation des soins dans un contexte de maladies chroniques. Nous allons baser notre recherche sur des modèles reconnus en gestion des maladies chroniques, il s'agit de la **Pyramide de Kaiser Permanente** (Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population), de l'**Expanded Chronic Care Model** (E-CCM) développé en Colombie-Britannique et qui est issu du modèle de gestion des maladies chroniques : **Chronic Care Model** (CCM). Aussi Le « **Modèle de Montréal** » élaboré à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal représente un nouveau modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé (Pomey et coll., 2015). Après avoir posé les bases des modèles, nous abordons les enjeux particuliers qui sont associés à la mise en œuvre des services, notamment en ce qui concerne l'impact sur la pratique professionnelle. Nous montrons que la mise en place d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques peut être plus complexe et nécessite un leadership et une forte mobilisation des acteurs. Nous aborderons aussi les défis liés à la mise en place du E-CCM dans le contexte des services de santé au Québec en abordant le COMPAS et son évolution vers le COMPAS+. Enfin, nous terminons ce

chapitre par une brève synthèse qui permet d'introduire les éléments d'ancrage théorique que nous présentons en détail par la suite.

### **1.1 Contexte pluraliste des organisations et systèmes de santé**

Une organisation de santé peut se définir comme un ensemble d'acteurs qui interagissent pour mobiliser des ressources afin de produire des biens et services nécessaires à la réalisation de leurs projets collectifs et à l'atteinte de leurs buts (Contandriopoulos A.P. et coll., 1993). Les organisations des systèmes de santé sont caractérisées par la présence de plusieurs groupes d'intérêts (ou parties prenantes) dont les objectifs sont multiples et le pouvoir distribué de manière diffuse (Kickert, 1997). Les processus de travail reposent sur des connaissances très spécifiques; ce sont des organisations dites pluralistes (Løwendahl et Revang, 1998).

*« Les organisations de santé, ou les organisations professionnelles sont caractérisées par la formation d'unités de production variées, émergeant de dynamiques interprofessionnelles où les relations de pouvoir différenciées entraînent la formation d'une hiérarchie interprofessionnelle au contrôle du système de production et où le pouvoir du management est diffus. » (Lamothe, 2002, p. 25)*

Le pluralisme au sein de ce type d'organisations, est représenté par des acteurs avec des logiques d'action distinctes et une panoplie d'acteurs et d'intervenants tels que, les gestionnaires, les professionnels de la santé ou les administrateurs/gestionnaires (Glouberman et Mintzberg, 2002).

Dans de tels contextes, les sources de pouvoir et de décision sont diffuses et le leadership est partagé (Denis, Lamothe, et Langley, 2001). Ainsi, une organisation de santé correspond à un système organisé d'action (Crozier et Friedberg, 1977), et est délimitée par cinq dimensions : les acteurs, la vision, les ressources, la structure et les pratiques (Contandriopoulos A.P. et coll., 1993). Cette dynamique organisationnelle nécessite la maîtrise des enjeux structurels,

organisationnels, humains et cliniques (Lamarche et coll., 2001) ainsi qu'une compréhension des dynamiques locales et des pratiques existantes (Lamarche et coll., 2001).

Pour assurer la continuité des services et une meilleure qualité :

*« les organisations de santé doivent s'engager dans des opérations qui vont permettre aux acteurs de coopérer et se coordonner plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système de soins. » (Contandriopoulos A.P. et coll., 2001, p. 40)*

Si les modèles de prise en charge des maladies chroniques sont connus, ainsi que le lien entre la mise en place de ses modèles et les effets sur la population, nous en savons peu sur le processus de mise en place des modèles et les dynamiques organisationnelles associées dans un contexte pluraliste.

Pour Pettigrew et Whipp (1991), le changement dépend du contexte interne de l'organisation; il assigne un rôle important aux leaders porteurs d'un projet de changement. Selon lui, le processus de changement est un véritable processus de dialogues et de négociations, rejoignant en cela Crozier et Friedberg (1977). Par conséquent, les changements sont souvent dilués au cours de leur implantation (Cooper et coll., 1996).

Autrement dit, quelles sont les dynamiques organisationnelles qui vont permettre à des équipes interdisciplinaires de travailler ensemble tout en assurant une continuité des services et une meilleure intégration du patient dans l'écosystème des maladies chroniques? C'est ce que nous nous proposons de discuter dans la prochaine section.

## **1.2 L'évolution des pratiques professionnelles**

Les développements scientifiques et technologiques, les contraintes de nature budgétaires et administratives, la sensibilité des pratiques et la nécessité d'intégrer et de coordonner des services dans un souci d'efficacité constituent des forces qui entraînent une évolution transformationnelle des pratiques professionnelles.

Cette transformation constitue un enjeu majeur de réflexion qui sous-tend la mise en œuvre efficiente de tout projet innovant en milieu clinique. Là encore, c'est en recourant à la notion de système que l'on parvient à recadrer cette dimension de transformation des pratiques. Cette dimension qui se caractérise par l'étude des interactions humaines offre, à bien des égards, un cadre conceptuel de choix pour accompagner la mise en œuvre du changement.

En conséquence, et à des fins pratiques, le système sera considéré sous le prisme qui suit « un ensemble d'éléments en interaction dans la poursuite d'une ou de plusieurs finalités spécifiques » (Malarewicz, 2012, p. 19).

Dans le contexte du système d'action concret proposé par Crozier et Friedberg (1981), l'ensemble ordonné en état de stabilité se caractérise par la présence de mécanismes de jeux dans les rapports entre les acteurs du système, mais aussi par des mécanismes de régulation.

Fondamentalement, nul projet ne pourrait voir le jour sans faire appel à la collaboration de l'ensemble des acteurs hétérogènes du système qui verront leurs pratiques nécessairement évoluer pour s'adapter au nouvel objectif vers lequel l'ensemble de l'organisation souhaite tendre et pour laquelle des arrangements d'ordre institutionnels sont corrélés. En conséquence, la

transformation des pratiques professionnelles s'exprime nécessairement par la lecture du contexte organisationnel et interprofessionnel.

#### 1.2.1 Contexte interprofessionnel :

À l'état initial, chaque corps professionnel détient une certaine autonomie, maîtrise un savoir spécialisé, voire hyperspécialisé, et produit des biens et services caractérisés par la spécificité de son domaine d'intervention.

Abbott (1988) définit ainsi une profession: « *exclusive occupational group applying somewhat abstract knowledge to particular cases* » (p. 8). La sociologie des professions a historiquement traité les professions comme des corps unitaires où chacun des membres adhère à un projet professionnel distinct. Déterminé à partir d'une structure sociale occupationnelle. Les professions y sont vues comme indépendantes les unes des autres. On ignore les différences intra professionnelles et on étudie davantage les structures d'organisation que le travail lui-même (Abbott, 1988). Le principal souci des professions est de se partager un ensemble de services et de tenter de s'étendre pour acquérir de nouveaux territoires (Abbott, 1988).

Abbott (1988) conçoit les professions dans le cadre d'un système d'interdépendances qui cherche à se maintenir en équilibre. Le fait que la légitimité soit basée sur des savoirs experts a comme conséquence que cette légitimité n'est jamais complètement et définitivement acquise. Cette dernière est questionnée par de nombreux éléments macrosociologiques tels que les pratiques sur l'aire de travail, les interactions entre les individus et les négociations avec les partenaires (Abbott, 1988). Selon cet auteur, les professions forment un système interdépendant au sein duquel les frontières des juridictions professionnelles sont constamment objets de tensions.

Ainsi, une profession se construit par ce jeu de juridictions en raison de l'interdépendance des professions. C'est une dynamique de compétition, les juridictions sont continuellement menacées par les innovations académiques ainsi que par les changements culturels, sociaux et technologiques.

La difficulté majeure, lorsque l'on approche la transformation des pratiques, est essentiellement celle de l'arbitrage entre les différents acteurs ainsi que les conflits d'intérêts qui peuvent ressurgir dans l'évolution de la mise en œuvre du projet d'implantation.

En effet, Linden (2010) identifie plusieurs causes qui peuvent faire obstruction à la collaboration, au nombre desquels il souligne la peur de perdre non seulement le contrôle, mais aussi l'autonomie ainsi que les ressources et la qualité des services offerts. Il énumère également l'existence de cultures professionnelles distinctes avec des mentalités parfois divergentes. En outre, les acteurs peuvent considérer que tout projet organisationnel en soi constituerait une perte de temps sans véritable reconnaissance de la part des autres professionnels, mais aussi sans la garantie que les efforts consentis de part et d'autre soient réciproques (Linden, 2010).

En somme, le jeu n'en vaudrait pas la chandelle :

*« the best predictor of the success or failure of organizational change is something I call readiness for change. What do I mean by readiness for change?*

*Readiness for change applies at the philosophical level – being open and prepared to embrace change, but it also applies at the practical level. Readiness applies to those organizations that have developed a set core of dynamic and internal capabilities that allow them to adapt when faced by external demands. Basically, successful change is a function of how well an organization's internal capabilities- its management, its culture, its process, its resources, its people match the requirement of its external environment... » (Jarrett, 2009, p. 30)*

Ce qui pourrait valablement permettre d'amener la collaboration à voir le jour est la réunion de plusieurs éléments, à savoir que (1) les partenaires aient un intérêt spécifique à collaborer et soient prêts à subir les changements qui toucheraient leurs professions, (2) la mise en place de processus de concertation crédibles et transparents et enfin, et non des moindres, (3) que des « champions » soient identifiés pour mener à bien les négociations, avec le concours des partenaires appropriés invités à se prononcer sur l'évolution du projet (Linden, 2010, p. 37-53).

Dans le contexte des transformations des pratiques professionnelles, le rôle du ou des leaders ne doit en aucun cas être sous-estimé (Linden, 2010). En effet, le point initial de tout changement et de toute transformation repose essentiellement sur la capacité de visionner le futur (Kakabadse et coll., 2011).

Le rapport d'évaluation du docteur Jean-Paul Fortin (2011)<sup>1</sup> relatif à la mise en place de l'unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence (UCCPSU) révèle également certaines clés de succès pour faire évoluer les pratiques. En l'occurrence, une évolution consentie des pratiques reposera sur la nécessité de redéfinir le rôle des acteurs grâce à leur mobilisation et leur adhésion par l'adoption d'une approche participative.

Ainsi, outre l'identification des leaders, dont le rôle est essentiellement stratégique, la recherche de consensus par des tables de concertation formées en sous-comités de réflexion constitue une clé à ne pas négliger et les parties prenantes deviendront des éléments positifs de l'action concertée et contribueront au succès de l'opération.

---

<sup>1</sup> Projet pilote d'intégration de la Télémédecine en services préhospitaliers d'urgence, « UCCPSU /télémétrie » Rapport d'évaluation. Jean-Paul Fortin, MD, FRCP. Agence de la santé et des services sociaux chaudière-Appalaches. L'Unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) (2011)

En définitive, si l'on entend contrer l'adage qui veut que *celui qui est convaincu malgré lui garde toujours le même avis*, la manière la plus probante de susciter l'adhésion, la coopération et la continuité des transformations nécessaires c'est encore d'impliquer un maximum d'acteurs dans le processus d'implantation et de mise en œuvre du projet d'innovation. Une telle démarche aura pour effet d'instiller à long terme les germes du mécanisme de transformation souhaité puisque les acteurs du changement diffuseront les résultats des travaux et transmettront la vision qu'ils auraient contribué à faire évoluer et consolider au fil du temps.

#### 1.2.2 Contexte organisationnel :

Selon certains auteurs tels Linden (2010), en matière organisationnelle et institutionnelle, la difficulté majeure à laquelle notre société fait face est essentiellement notre volonté d'évoluer vers des processus du 21<sup>e</sup> siècle tout en maintenant des structures d'un temps passé. La rigidité bureaucratique, les informations recueillies et les formations prodiguées en silo, les cultures professionnelles divergentes, les procédures et protocoles implantés sont autant de facteurs qui empêchent de résoudre des problèmes qui transcendent les frontières organisationnelles (Linden, 2010)

Une littérature prolifique nous permet de comprendre les raisons pour lesquelles les réformes de gestion dans le secteur public sont nécessaires et de cibler les facteurs qui influenceront sur la transformation des pratiques professionnelles (Bolgiani, 2002).

Emery et Giauque (2012) nous brossent le portrait de trois modèles empiriques qui peuvent présenter ceux qui ont une influence sur la transformation des pratiques professionnelles. Le modèle de l'efficience ou modèle du marché (mis en place par certains pays anglo-saxons depuis

les années 80), vise à rendre le secteur public aussi performant et efficient que le secteur privé en utilisant les mêmes paramètres d'atteinte des résultats et de concurrence.

Ce modèle a été étudié par MacFarlane et coll. 2013, qui ont mis en exergue le changement de paradigme vers le « patient-client » en s'appuyant sur la théorie néo-institutionnelle. Les auteurs ont illustré quelques contradictions, entre d'une part le choix ou le besoin du patient dans un contexte de compétition entre les services et, d'autre part, le besoin de collaboration entre ces mêmes services.

En outre, la légitimité des rôles et des structures était également contestée ce qui amenuisait l'effectivité de la démarche :

*« Resistance from individuals with high structural and normative legitimacy was partially but not fully overcome by providing an alternative resource stream linked to different normative assumptions and an "offshore" regulative structure. »  
(MacFarlane et coll., 2013, p. 15)*

Il est bien évident que dans un tel contexte, l'évolution des pratiques répondra à des critères et des variables qui influenceront de manière transversale sur les professions dans la production de leurs soins et services. Les écrits de Jetté (2008) permettent de comprendre la manière dont le système de santé au Québec a évolué au cours des trois dernières décennies et les réformes qu'il a encourues pour aboutir à un système répondant à celui de l'État-providence.

Le second modèle, dit du Downsizing, de la décentralisation et de la flexibilité, vise à proposer une gestion plus souple avec une décentralisation des processus de décision. Dans un tel modèle, l'objectif est celui de séparer le stratégique de l'opérationnel (Emery et Giaque, 2012).

Le cas de la mise en place de l'unité de coordination clinique en services préhospitaliers d'urgence, cité plus haut, nous en fournit un exemple type. En effet, plusieurs étapes ont dû être mises en place pour atteindre l'harmonisation des pratiques par la création de deux comités qui fusionneront en un seul comité directeur, siège du pouvoir et de l'arbitrage des intérêts. Le premier, dit clinique, avait pour objectif le développement et l'implantation fonctionnelle avec pour essence un rôle d'ordre stratégique et technologique; le second, dit technique, était davantage pratique et opérationnel avec pour objectif l'identification des besoins et des services nécessaires.

À la faveur des résolutions des conflits, ces deux comités finiront par fusionner en un comité, dit de gestion démontrant que la structure administrative s'est ajustée à l'évolution de l'avancement du projet et donc de la transformation des pratiques. Le changement des pratiques a été géré au niveau des opérations. Ce comité directeur correspondant à bien des égards au centre opérationnel, évoqué par Mintzberg (1982) dans ses écrits.

Ce dernier concentrera l'essentiel du pouvoir d'influence et dominera sur l'évolution des pratiques non seulement professionnelles, mais aussi du projet d'implantation. Comme l'écriront les auteurs du rapport d'évaluation du docteur Jean-Paul Fortin, la création de ces comités n'a pas été anticipée, mais ils ont davantage répondu à des besoins identifiés.

Enfin, le Modèle de la qualité ou de la recherche de l'excellence « *s'appuie sur des mécanismes visant la modification de la culture organisationnelle de manière qu'elle soit en mesure de générer des attitudes favorables à l'apprentissage et à l'amélioration continue* » (Emery et Giauque, 2012, p.60)

L'une des meilleures stratégies pour atteindre un tel objectif d'adhésion à un projet est de veiller à ce que celui-ci réponde à un intérêt ressenti et partagé d'évoluer vers un nouveau paradigme. Pour y parvenir, il est essentiel que le travail de communication sur l'évolution des pratiques soit clairement énoncé, notamment en soulignant la raison pour laquelle cette transformation est rendue nécessaire pour faire face aux besoins dans le domaine. L'identification de leaders du groupe, mais aussi d'autres acteurs qui ont un vif intérêt à collaborer, permettra également de faire évoluer les mentalités.

Un véritable jeu de dialogue, de diplomatie et de mise en valeur des résultats atteints finira par emporter l'adhésion et le changement des mentalités souhaités. Il s'agit d'un processus à long terme qui doit être ponctué par la valorisation des petites victoires (Linden, 2010).

### 1.2.3 Piloter le changement : le leadership partagé comme outil de transition

Gérer le changement au sein des organisations complexes et pluralistes fait appel à deux notions qu'il est nécessaire d'étudier de manière concomitante, à savoir celle du leadership et celle du pilotage management. On tend de moins en moins à opposer ces deux concepts, les managers sont invités à exercer du leadership, même s'ils ne sont pas les seuls à le faire. D'ailleurs, le Collège canadien des leaders en santé (CCLS) offre des formations LEADS aux gestionnaires.

Induire le changement, diffuser l'information, gérer la transformation et arbitrer entre les intérêts en présence constituent des éléments clés, mais aussi critiques qu'il est nécessaire de garder en tête afin de réussir le processus d'implantation du changement.

Linden (2010) avait identifié les causes qui peuvent faire échec au changement des pratiques. En effet, la perte du contrôle et de l'autonomie jumelée à une piètre reconnaissance du rôle des

différentes parties prenantes interrogent la notion de leadership et de sa forme. En effet, si le point initial du changement repose sur une capacité à visionner le futur, elle émanerait de la perception d'un champion ou d'un leader qui prendrait en charge la responsabilité de piloter le changement (Linden, 2010).

Cependant, au gré de l'évolution des caractéristiques qui définissent le leadership, on se rend compte que le rôle d'une seule figure charismatique qui impose ses vues au reste de l'organisation (top-bottom) est aujourd'hui démodée. Qui plus est, notamment dans un contexte complexe caractérisé par l'hyperspécialisation des métiers, le changement et la transformation des pratiques ne peuvent exister qu'à la condition sine qua non, du concours et de l'engagement réel de l'ensemble des acteurs du jeu.

Dans la prochaine section, nous passerons en revue la question de l'évolution du leadership dans un contexte de gestion de projets complexes, ce qui nous poussera donc à aborder une perception du leadership qui tient compte du collectif.

#### *1.2.3.1 La question du leadership : un concept vague, mais nécessaire*

Dans les écrits, les définitions du leadership sont très nombreuses. Cela s'explique probablement par l'évolution de la compréhension de ce concept. En effet, il était associé à la figure d'une personnalité auréolée d'autorité au sommet d'une pyramide hiérarchique diffusant son pouvoir de manière unidirectionnelle du haut vers le bas. C'est dans un rôle de commandement et de contrôle des acteurs subalternes que le leader agit. Toutefois, c'est au gré de la réflexion autour de la personnalité du leader que se développeront les théories subséquentes qui évolueront jusqu'à aboutir à la notion de leadership partagé (Bonneau, 2015).

En effet, la question qui se pose : est-ce que le leadership est une caractéristique innée (*leaders are born*), une acquisition de compétences (*leaders are made*), ou les deux? C'est en discutant autour de ces options que l'évolution des conceptions sur le leadership s'est sédimentée au fil du temps. (Bonneau, 2015).

En substance, à partir des années 40 et jusqu'aux années 60, le leadership découle d'un comportement, celui qui permet aux leaders d'adopter des attitudes qu'ils développent et font évoluer. La décennie qui suivra mettra l'accent davantage sur deux autres aspects, d'une part, la capacité d'adaptation du leader à une situation ou à une organisation et, d'autre part, sa capacité à développer des relations avec ses subordonnés (Bonneau, 2015). Pouvons-nous donc avancer que l'approche individualisante, toute puissante est délaissée?

Dans les années 80 et 90, les traits du leader se jaugent à l'aube du changement qu'il est en mesure d'induire. On parle alors de leadership transformationnel ou transactionnel. S'installe alors un retour vers la figure du leader en soulignant son charisme, puis sa capacité à mobiliser son intelligence émotionnelle pour induire le changement attendu (Bonneau, 2015).

Enfin, c'est dans les années 2000, que l'on parvient à identifier la figure du leader par ses traits innés conjugués à ses approches adaptées dans des contextes spécifiques (Bonneau, 2015) : « *c'est l'interaction entre tous ses aspects qui permettra de mener au succès* ». (Bonneau, 2015, p. 13). Ainsi l'état des connaissances actuelles sur le leadership revient à « *So, leaders are born and made* » (Bonneau, 2015, p.13).

Luc (2017) rapporte, de son côté, que l'on parviendrait à les classer selon trois catégories. Une première verrait le leadership comme une influence qui se propage du haut vers le bas. Il

émanerait de la figure du leader et de ses atouts ainsi que de ses caractéristiques particulières, ou encore de son mode de gestion. Quoi qu'il en soit, il s'agit du pouvoir, ou de l'influence, d'un seul sur un groupe d'individus. La seconde catégorie qu'elle qualifie de véritable s'applique à un leader qui a su atteindre les objectifs escomptés. Faisant consensus, la troisième catégorie perçoit le leadership sous une forme de « processus d'influence réciproque » (Luc, 2017) entre les acteurs en jeu.

La notion de leadership a considérablement évolué à travers les époques pour s'affirmer de plus en plus au regard d'une redistribution ou d'un partage de l'influence entre les membres d'une équipe qui porte le changement organisationnel.

Dans le cadre de notre étude, l'analyse de l'écosystème des maladies chroniques du Haut-Richelieu, la recherche d'équilibre du système est l'élément clé qui sous-tend les négociations qui se situent au cœur de la zone d'incertitude, laquelle fait intervenir plusieurs acteurs qui, ensemble, accompagnent le changement. Il s'agit d'un cadre organisationnel complexe, faisant intervenir de nombreux acteurs et départements hétérogènes. Une identification claire des problèmes et des solutions requiert davantage qu'un leadership exercé par une seule personne. Il suppose l'existence d'un modèle partagé de diffusion des connaissances, de l'influence, du pouvoir et des responsabilités.

Ainsi, ce leadership sera exercé non seulement par les médecins, mais également par l'ensemble des acteurs et intervenants de l'écosystème. Attendu que l'objet de notre thèse est de considérer les facteurs qui permettraient valablement d'offrir davantage d'autonomie pour faire face aux

maladies chroniques, il serait intéressant de savoir ce que constitue le leadership exercé par ceux-ci.

Dans un excellent ouvrage *Nursing leadership and management. A practical guide* (Carroll, 2006), l'auteur considère que le leadership exercé par les infirmières dépend de leurs capacités à répondre de manière flexible aux changements, mais aussi à diffuser rapidement l'information au sein de son équipe, sans oublier le devoir de se tenir au courant des dernières pratiques dans leurs domaines en évitant le chaos ou l'incertitude au sein de son groupe (Carroll, 2006).

Toutefois, ce qui définit essentiellement son leadership est un véritable transfert de pouvoir. Dans le cas des infirmières, ce pouvoir est étroitement lié à leur champ d'expertise (Carroll, 2006); elles ont une excellente connaissance des opérations, des défis et des solutions à apporter. Elles sont en mesure d'induire elles-mêmes le changement qui leur est nécessaire afin d'acquérir davantage d'autonomie dans leurs pratiques de soins.

Le leadership dont pourrait se prévaloir l'infirmière repose donc sur sa capacité à diriger et à coordonner plusieurs individus pour atteindre un objectif commun. Elle devra également participer à la prise de décision et à l'identification des solutions à mettre en place. Les infirmières qui participent au changement prennent part au développement d'une meilleure compréhension de la réalité vécue et à une planification pluridisciplinaire qui tient compte également de leur capacité d'innovation dans la recherche de solutions. (Carroll, 2006).

L'étude du phénomène du leadership partagé s'attarde davantage sur l'équipe (incluant autant le leader que les coéquipiers) et aux interactions sociales entre ses membres. « *The changing*

*image of the current leadership model is one that resides in relationships rather than with a singular person»* (Jackson, 2000, p. 166).

Nous savons que le leadership partagé favorise la performance des équipes dans des contextes particuliers et émergera entre ces coéquipiers, experts hautement qualifiés et très scolarisés, par leurs caractéristiques et celles des organisations pluralistes où ils travaillent (Denis, Langley, et Sergi, 2012). Le phénomène du leadership partagé peut se développer à partir de la volonté des membres de l'équipe eux-mêmes, supportée par un contexte favorable (Denis, Langley et Sergi, 2012)

À partir d'une revue exhaustive de la littérature, les auteurs (Denis, Langley et Sergi, 2012) proposent quatre grandes perspectives définissant le leadership pluriel (*leadership in the plural*) :

1. Leadership mutuel dans l'équipe : partager le leadership pour l'efficacité de l'équipe;
2. Leadership au sommet : coleadership formel regroupant quelques leaders (dyades, triades, constellations);
3. Leadership multiniveau et à relais : diffuser le leadership pour atteindre les objectifs;
4. Leadership comme une propriété émergente : produit par les interactions sociales. Cette typologie du leadership partagé a déjà grandement contribué à réduire la confusion dans ce champ d'études.

Dans les contextes pluralistes, le pouvoir est diffus comme dans le cas des firmes de services professionnels, des hôpitaux, des universités, des organisations artistiques et des coopératives (Denis, Langley, et Rouleau, 2007). Dans ces contextes, le leader n'a pas vraiment le choix de partager ou non « *Here, leadership is taken, not given, and a plurality of leaders is needed because*

*no single individual alone could conceivably bridge the sources of influence, expertise, and legitimacy needed to move a complex social system forward constructively* » (Denis, Langley et Sergi, 2012, p. 272).

En effet, la volonté du leader de partager son pouvoir peut être exacerbée par la culture de l'organisation ((Denis, Langley et Sergi, 2012). C'est toutefois dans un contexte de gestion complexe que l'évolution de la pratique professionnelle prend tout son sens. Il s'agit de comprendre de quelle manière il convient de gérer le changement dans des structures pluralistes faisant intervenir plusieurs acteurs du jeu.

#### *1.2.3.2 La dimension de la gestion du changement*

Grouard et Meston (1998) décrivent le changement organisationnel comme un « processus de transformation radicale ou marginale des structures et des compétences qui ponctue le processus d'évolution des organisations ». Pour leur part Collerette, Delisle et Perro (1997), évoquent que le changement organisationnel est « *toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système* » (p. 20).

Le niveau de complexité d'un projet se définit à son tour par différents indicateurs. Gérer le changement est l'une des questions majeures qui mobilisent la réflexion des chercheurs dans le domaine de la gestion du changement organisationnel.

Le changement sous-entend :

*« L'idée d'une modification, circonscrite dans l'espace et le temps, d'un ou plusieurs paramètres organisationnels. On parle alors d'un processus de transformation qui ponctue le processus d'évolution naturelle des organisations. La conceptualisation des*

*paramètres qu'une organisation peut ainsi changer varie aussi selon les auteurs. Guilhon (1998) parle de transformation des structures et des compétences.*

*Mintzberg, Ahlstrand et Lambpel (1999) avancent que le changement peut porter sur la stratégie, c'est-à-dire la vision, la position, les programmes et les produits et sur l'organisation, c'est-à-dire la culture, la structure, les systèmes et le personnel. Selon la documentation sur l'innovation, on peut aussi concevoir le changement comme l'introduction d'une idée ou d'un comportement nouveaux pour l'organisation (Hage 1980, 1999; Hage et Aiken 1970; Zaltman, Duncan et Holbek 1973; Zammuto et O'Connor 1992; Damanpour 1988, 1991). Il peut s'agir d'un produit, d'un service, d'une technologie, d'un programme, d'une politique ou d'un processus. » (Champagne, 2002, p.8)*

L'un des premiers points qu'il est essentiel de soulever est qu'il existe un certain consensus dans la littérature sur le fait que le changement est difficile, complexe et que les efforts déployés ne parviennent pas à atteindre nécessairement les objectifs escomptés.

Appliqué à un contexte complexe, les possibilités d'échecs sont multipliées puisque l'incertitude est au cœur du système. Or cette incertitude pourrait, si le changement est mal géré, affaiblir la confiance des acteurs et amoindrir la capacité des dirigeants à maîtriser les liens de cause. Or, dans une structure qui se caractérise par la non-linéarité c'est là un facteur d'échec comme il en existe d'autres que nous énonçons ci-après et qui sont nuisibles à l'implantation du changement.

### *1.2.3.3 Les freins au processus du changement*

Les échecs dans l'implantation du changement pourraient provenir de plusieurs niveaux de l'organisation. Au premier stade, celui des cadres supérieurs, il peut y avoir une inadéquation entre les objectifs à atteindre et la réalité de la mise en œuvre. Leur décision ne tient alors pas compte du vécu réel au sein de leur organisation. À un niveau intermédiaire, qui est celui de l'implantation, il apparaît également que les organisations peinent à faire mettre en application les recommandations et les décisions.

En effet, si le groupe n'est pas en mesure de partager une vision convergente pour répondre à un défi qu'il a identifié d'un commun accord et pour lequel il est prêt à se mobiliser, les chances du succès d'implanter des stratégies et des modes d'action sont considérablement affectées. Les malentendus, ou une mauvaise communication peuvent être la source d'une perte d'efficacité (Luc, 2019).

Une autre erreur qui est commise dans la mise en place de projets complexes est donc la volonté de préciser dès le départ des objectifs chiffrés ou des livrables. Il est essentiel de laisser la place aux différents membres du groupe d'adapter le projet à la spécificité liée à leur domaine d'intervention. Une excellente approche consisterait avant tout à identifier les interdépendances en présence et les « *key-capabilities* » des acteurs du jeu (Sheard, Kakabadse, et Kakabadse, 2009).

Ce sont davantage les forums de discussion et d'échange qui doivent être garantis plutôt que la définition d'obligations de résultats (Sheard, Kakabadse, et Kakabadse, 2009, p. 41).

Une autre cause d'échec provient d'un malentendu des rôles assignés à chaque acteur du jeu entraînant des confrontations néfastes à la dynamique de groupe :

*« A group approaches the confrontation stage as its members begin or realize that their initial assumptions about what the group will be doing generally, and what they will be doing specifically were misplaced or even wrong. » (Sheard, Kakabadse, et Kakabadse, 2009, p. 41).*

Des signes avant-coureurs permettent aux gestionnaires d'endiguer l'approche de la zone de concurrence. D'une part, nous pouvons souligner une critique ouverte des objectifs des membres du groupe ou encore de la vision globale. Affaiblir le leadership en place ou la volonté d'y parvenir constitue un signe avant-coureur d'échec qu'il est nécessaire d'appréhender aux premiers stades

du projet. D'autre part, l'existence de débats et de discours dont l'objectif est de créer un climat de confrontation dans un contexte d'interdépendance des acteurs est également le signe que le projet est en danger.

Et enfin, le troisième signe que tout gestionnaire se doit de garder à l'esprit est l'indifférence avec laquelle les membres du groupe approcheront les objectifs à atteindre. Un désintéressement palpable qui fragilise l'action concrète est une cause fondamentale de l'échec de l'action concertée (Sheard, Kakabadse, et Kakabadse, 2009).

L'échec peut également provenir de l'attitude du leader: « *Many leaders have IQs many times greater than their EQs and are by nature, overly individualistic and less skilled at collaboration* » (Hawkins, 2017, p. 26)

La complexité des causes et des effets, la nécessité de garantir l'engagement de l'ensemble des acteurs du jeu, l'imputabilité que leurs actes doivent revêtir et l'approche participative que le gestionnaire doit mettre en place font échec à l'approche individualiste du leader.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la notion de « leadership development » prend le pas et s'impose dans les structures complexes. Le leadership n'est pas l'apanage d'un individu. Le leadership est un phénomène relationnel qui suppose l'existence d'un « *leader, followers and a shared endeavour* » (Hawkins, 2017, p. 26)

#### *1.2.3.4 Les facteurs de réussite d'un processus de changement*

Si les facteurs d'échecs sont identifiables, il faut de prime à bord spécifier que les facteurs de réussite découlent aussi de notre capacité à proposer des solutions librement consenties d'un commun accord qui mènent à l'action. Le changement pourrait aboutir à des résultats positifs si

certaines étapes sont suivies, préalablement à l'implantation du changement. Différentes approches ont pu être identifiées dans les écrits. Toutefois, deux facteurs se dégagent comme étant fondamentaux lorsque l'on entend mener un changement effectif, soit une bonne planification et une bonne communication.

Au chapitre de la planification, l'approche participative apparaît comme le moyen et le but à atteindre. Favoriser la décentralisation des tâches, proposer un diagnostic des problèmes et rechercher des solutions doivent être maximisés. Nulle stratégie du changement ne peut faire fi de l'apport de l'ensemble des acteurs du système organisationnel. Ainsi, des décisions prises en amont sans consultation de l'ensemble des intervenants du changement se solderaient par un échec (Giroux, 1993).

*« Malheureusement, la résistance au changement et les problèmes de communication sont trop souvent perçus de façon négative, comme des ennemis à éliminer. On tente alors de faire disparaître la résistance par la persuasion, la coercition, ou par l'exclusion des récalcitrants. On essaie de remédier aux problèmes de communication par plus de communication verticale descendante qui prend souvent la forme de décret, d'exhortation ou d'endoctrinement. » (Giroux, 1993, p. 3)*

La communication est un élément clé en gestion. Le bon fonctionnement des organisations lui est tributaire, d'autant qu'elle est directement liée à l'approche au changement, la qualité de l'implantation du projet, l'adhésion des membres du groupe et donc au succès d'un projet. Une bonne communication diminue les sources de conflit et évite les zones de confrontation.

L'approche participative est tributaire de la capacité de tous les intervenants à s'exprimer et faire valoir leur positionnement. Or, ce n'est qu'à cette condition que le lien de confiance est renforcé entre les membres du groupe (Jacob, 2009).

Dans leurs réflexions sur la manière optimale de permettre aux managers d'atteindre leurs objectifs avec la participation de leurs équipes, Langevin et Mendoza (2014) en ont parfaitement rendu les tenants et aboutissants dans le paragraphe suivant :

*« Plusieurs arguments sont évoqués dans la littérature pour expliquer le lien entre participation et implication. Tout d'abord, la participation rend possible une clarification, voire une justification, des objectifs. Elle permet au subordonné de recevoir de l'information et des explications sur les attentes de son supérieur hiérarchique, sur la manière dont les ressources sont allouées, sur la raison d'être même des objectifs. Cette meilleure compréhension réduit l'incertitude et l'ambiguïté auxquelles l'individu peut être confronté et lui permet de mieux concentrer ses efforts sur l'objectif à atteindre (Shields et Shields 1998 ; Chong et Chong 2002 ; Li et Butler 2004 ; Maiga 2005 ; Chong et Johnson 2007). » (Langevin et Mendoza, 2014, page 48)*

Une gestion du changement réussie passe par une bonne identification en amont des problèmes à résoudre et de faire le choix des meilleures solutions à adopter (une sorte d'approche hiérarchique ou rationnelle). Une bonne communication jumelée à une approche participative sont des facteurs de succès tout indiqués. En décentralisant les responsabilités et en favorisant la communication entre les différents acteurs, la gestion du changement peut être contrôlée en ajustant la structure des tâches et en appliquant un mécanisme compensatoire entre les acteurs en jeu (approche du développement organisationnel) :

*« Gérer c'est faire en sorte que des individus ayant des capacités, des intérêts et des aspirations différentes, coopèrent à la réalisation d'une œuvre collective (Barnard, 1938). Le dirigeant ne peut donc à lui seul faire le changement. Il a besoin de la coopération des autres membres de l'organisation qui, bien que ne possédant pas autant de ressources que lui, bénéficient tout de même d'une marge de manœuvre (Crozier et Friedberg, 1977), d'une capacité à agir, à construire du sens et à communiquer. Il a besoin, en somme, de la collaboration des microacteurs de l'organisation, de leur engagement dans le changement. Or, on sait peu de choses sur les processus par lesquels se construit cet engagement. » (Giroux, 1993, p. 4)*

#### 1.2.3.5 Le niveau intermédiaire ou middle-management

La question de savoir qui est responsable de la gestion de ce changement se pose également lorsque l'on parle de mettre en œuvre une politique ou une stratégie de changement. Ikävako et

Aaltonen (2001) de l'Université de Technologie d'Helsinki ont mené une étude sur l'importance du « Middle Management » dans l'implantation de la stratégie. Cette étude leur a permis de collecter le point de vue de 84 gestionnaires intermédiaires répartis dans 12 organisations à la fois des secteurs public et privé (Ikävalko et Aaltonen, 2001).

La conduite du changement ou la mise en œuvre de la stratégie pour accompagner le changement au sein de leurs organisations est largement tributaire de la perception de leurs rôles et des objectifs qu'ils ont à atteindre. Pourquoi est-il intéressant de s'intéresser aux gestionnaires intermédiaires? Les raisons sont plurielles.

Dans les organisations de santé, le changement est très souvent induit par un besoin identifié au niveau de la production des soins qui sont sous la responsabilité immédiate des cadres intermédiaires.

Au nombre de ces raisons, nous pouvons notamment souligner leur rôle de premier plan dans la mise en œuvre effective de la stratégie d'implantation des politiques ainsi que leurs responsabilités à obtenir des résultats dans l'atteinte de l'objectif assigné.

*« Those who side with middle management state that middle managers have a key role in organizations, as they have both “the ability to combine strategic (context-free) and hands-on (context-specific) information” (Nonaka 1988). Burgelman (1983) emphasizes the importance of autonomous behaviour initiated outside top management and therefore, middle managers have a crucial role in formulating new strategies and trying to convince the top management of them.*

*Further, Guth and Macmillan (1986) studied strategy implementation versus middle management self-interest, and suggested that “middle managers who believe that their self-interest is being compromised can not only redirect a strategy, delay its implementation or reduce the quality of its implementation, but can also even totally sabotage the strategy. » (Ikävalko et Aaltonen, 2001, p.12)*

Il est intéressant de souligner que le jeu de pouvoir se concentre ici essentiellement autour du gestionnaire intermédiaire dont l'intérêt de mener le changement doit pouvoir maximiser son

pouvoir dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie. En l'occurrence, le pouvoir s'inscrit davantage au cœur de cette catégorie de gestionnaires qui sont à l'interface entre les hauts dirigeants et les acteurs qui exécutent la stratégie définie en amont.

Un tel constat est toutefois nuancé dans le cadre de notre recherche en recourant à la notion de leadership partagé tel que nous l'étudierons plus loin.

Le constat de leur analyse est qu'à la différence des « leaders » du top management qui tiennent compte de l'influence externe sur l'organisation et dès lors prennent leurs décisions en conséquence, les gestionnaires intermédiaires concentrent leurs perspectives sur un niveau interne. Ils sont essentiellement engagés dans la mise en œuvre du plan d'action ou de la stratégie d'implantation au cœur de leur organisation. Ce n'est donc pas étonnant que dans des organisations telles que le système de santé, le changement provient souvent des professionnels et gestionnaires intermédiaires plutôt que de la haute direction. Dans la formation des réseaux de services (Lamothe, 2002), la présence de leaders cliniques crédibles s'est avérée une option déterminante. Ainsi, un processus du changement doit pouvoir intégrer les professionnels, tant dans la formulation de l'objet de changement que dans la manière d'envisager son implantation.

Les professionnels et gestionnaires intermédiaires étant bien conscients de la rupture qui existe entre les politiques d'implantation managériales provenant de la hiérarchie et les réels besoins du milieu, vont se regrouper et s'organiser pour proposer une solution qui soit plus concrète et viable. Or, ils sont bien conscients également que ladite viabilité ne peut provenir que de la capacité à mobiliser les expertises de chacun, mais aussi de susciter l'engagement nécessaire de tous à l'effet de créer le lien de confiance fondamental à l'issue positive du projet. En somme,

l'approche est collective, participative et repose sur un leadership qui est nécessairement partagé.

#### *1.2.3.6 Les contours du leadership partagé : le collectif au service d'un projet structurant*

La définition du leadership partagé la plus citée est celle-ci :

*« We define shared leadership as a dynamic, interactive influence process among individuals in work groups in which the objective is to lead one another to the achievement of group goals. » (Pearce et Conger, 2003, p. 286).*

Les membres d'une équipe exercent une influence où les individus assurent différents rôles de leadership, ce dernier permet de mettre en évidence les facteurs de réussite d'une gestion du changement au niveau organisationnel. Il fait référence à :

*« We define shared leadership as the transference of the leadership function among team members in order to take advantage of member strengths (e.g., knowledge, skills, attitudes, perspectives, contacts, and time available) as dictated by either environmental demands or the developmental stage of the team. » (Burke, Fiore et Salas, 2003, p.105).*

Dans la perspective du leadership partagé, plusieurs personnes jouent un rôle de premier plan. Il s'agit d'une forme de délégation du leadership qui permet de mettre à contribution plusieurs acteurs afin qu'ils jouent le rôle de mobilisateurs. Cela peut être assimilé à une forme de diffusion non seulement de la prise de décision, mais également du partage des risques et des responsabilités.

Il est fondamental que dans une telle perspective les acteurs parviennent à se libérer du conformisme traditionnel dans lequel les contraignent leurs fonctions normales, mais également les codes institutionnels. L'ouverture au changement nécessite que l'on aille au cœur de la notion du leadership en mobilisant et en maximisant les vocations des membres du groupe. Affirmer la

différence en proposant de nouvelles solutions adaptées à la situation qui fait l'objet de processus de changement est au cœur du leadership partagé (Luc, 2017).

Un autre facteur d'importance dans la conduite du changement dans le cadre d'un leadership partagé est la motivation qui induit une volonté d'apprentissage. En effet, si l'apprentissage donne des résultats et que ces derniers en valent la peine grâce à un phénomène de compensation, alors le processus de changement dynamique dans le temps a des chances de se voir sédimenter. Cette perspective est rehaussée lorsque les acteurs sont responsabilisés et imputables (Luc, 2017). Si l'on s'appuie sur les travaux de Luc (2017), cinq conditions facilitantes peuvent être énumérées pour évoluer vers un leadership partagé. En effet, il est essentiel que *« les membres d'un groupe aient un défi commun, un enjeu qui les touche tous, desquels ils tireront des buts communs... C'est à partir de la reconnaissance d'un défi commun que les membres du groupe prendront conscience du besoin de se constituer en force collective »* (Luc, 2019, p. 46)

Une étude réalisée par Nyenswah, Engineer, et Peters (2016) et rapportée par Luc (2019) a démontré que dans un contexte de crise l'approche verticale hiérarchisée et centralisée n'a pas permis de répondre adéquatement au problème auquel les acteurs faisaient face. En l'occurrence, la prise de décision et son implantation se sont avérées ardues et inefficaces. En recourant au leadership partagé, le leadership a été décentralisé et distribué aux acteurs locaux qui ont pu réagir et endiguer le problème (Luc, 2019).

Un autre facteur de succès de la mise en œuvre du leadership partagé est encore la prise en compte de l'environnement social et organisationnel. Une solution préconçue ou formatée ne

peut apporter les mêmes résultats. À ce stade, la dimension de l'approche participative est celle qui permet aux acteurs non seulement d'identifier les problèmes liés à leur système particulier, mais surtout d'y apporter une solution concrète applicable par chacun des membres du jeu (Luc, 2019).

Un leadership plus collectiviste est mieux adapté à la complexité des organisations : « *Une culture organisationnelle ou de groupe plus participative qu'autocratique, marquée par l'entraide plutôt que par le contrôle ou le blâme est une condition facilitante, car elle favorise le développement du leadership partagé* » (Luc, 2019, p. 49).

Le troisième facteur définit la notion de leadership partagé. En effet, sans interdépendance entre les acteurs, il ne saurait y avoir la mise en place d'un tel leadership (Luc, 2019).

Cette interdépendance est celle qui permet d'identifier les rapports de pouvoir. C'est dans l'interdépendance que se loge la zone d'incertitude dans le système de l'action concrète.

C'est au sein de ce nœud que la communication, ingrédient essentiel d'une gestion aboutie, se diffuse et permet d'ajuster la structure pour l'enraciner dans la résilience. Or, nous l'avons déjà souligné, la résilience est le critère qui permet de reconnaître une stabilité de la structure organisationnelle et donc une bonne répartition des jeux de pouvoir.

Le quatrième facteur de succès présenté par Luc (2019) est celui de la composition de l'équipe. En effet, les compétences, mais aussi la volonté d'agir efficacement conditionne la mise en œuvre effective d'un vrai leadership partagé. C'est l'affirmation de chaque membre du groupe et la possibilité de s'exprimer pour faire valoir ses positions qui doivent être garanties (Luc, 2019).

Nulle structure complexe faisant intervenir plusieurs acteurs ne saurait être efficace si les conditions de la participation effective de tous ne sont pas garanties. On peut penser à la création de comités ou de sous-comités de réflexion et d'implantation de politique comme moyen tout indiqué pour permettre l'affirmation du positionnement de chacun des acteurs.

En conclusion, l'exercice du leadership partagé est parfaitement compatible avec les prémisses de la théorie de l'acteur stratégique qui permet d'analyser le comportement des acteurs ainsi que les stratégies qu'ils utilisent en ce qui concerne les enjeux de pouvoir. Le leadership partagé permet aux différents acteurs du système de maximiser leurs marges de liberté respectives pour induire les changements structurels vers lesquels évolue la structure organisationnelle.

Ainsi, la dimension stratégique de Crozier et Friedberg (1977) conceptualisant l'action collective autour de la compréhension des acteurs indépendants permet notamment de diminuer considérablement la zone d'incertitude et de maximiser la stratégie de jeu, garante du succès de l'implantation du changement.

### **1.3 Modèles de prise en charge**

Les écrits sur l'organisation des soins dans un contexte de maladies chroniques ont permis de dégager plusieurs modèles. Nous allons présenter la **Pyramide de Kaiser Permanente** (améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques pour l'ensemble de la population) et de **l'Expanded Chronic Care Model** (E-CCM) développé en Colombie-Britannique et qui est issu du modèle de gestion des maladies chroniques : **Chronic Care Model** (CCM) (Wagner, Austin, et Von Korff, 1996). Depuis 2010, un modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, a été développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal :

Le « *Modèle de Montréal* » (Pomey et coll., 2015) considère le patient comme un partenaire incontournable pour toutes les décisions qui le concernent et comme expert de l'organisation des soins. Nous aborderons aussi les défis liés à la mise en place du E-CCM dans le contexte des services de santé au Québec en abordant le COMPAS et son évolution vers le COMPAS+.

### 1.3.1 La pyramide de Kaiser Permanente

Le réseau Kaiser Permanente (Californie, USA) est un réseau de soins intégrés se basant sur un modèle d'organisation médicale à trois paliers, mettant en place une série de stratégies différentes selon le plan organisationnel et prônant une approche proactive plutôt que réactive. C'est un modèle avec trois échelles de gravité dans les maladies chroniques qui requièrent différents services. En gestion de maladies chroniques, la Pyramide de Kaiser Permanente suit les principes d'efficience d'une gestion intégrée des soins, tenant compte du niveau de risque des patients.

Dans le premier palier de la pyramide, les patients sont désignés comme des **usagers à faible risque** et représentent entre 70 et 80 % de la population visée, ils sont des collaborateurs actifs dans la gestion de leur maladie chronique. Cette partie de population a moins accès aux services et devrait avoir un meilleur accès aux services intégrés (Singh et coll., 2005). Les patients à faible risque, ainsi que leurs proches, devraient être soutenus afin qu'ils développent des habiletés, des connaissances et la confiance pour prendre en charge leur condition de façon efficace. Ils ont besoin d'un programme d'autogestion.

Dans le deuxième palier, ce sont les patients à haut risque qui constituent 20 % de la population nécessitant des soins spécifiques impliquant une équipe d'intervenants multidisciplinaires assurant une gestion proactive des soins par le biais de protocoles d'entente, soutenus par un

système de dossiers informatisés. Dans le troisième niveau, les patients sont désignés comme des **usagers à très haut risque** et constituent 5 % de la population visée. La complexité et la chronicité de la maladie exigent une utilisation optimale des spécialistes avec une approche prenant en considération les besoins des patients avec un plan de traitement individualisé.

### 1.3.2 Modèle de gestion des maladies chroniques : Chronic Care Model (CCM)

Le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques le plus connu et le mieux décrit est le Chronic Care Model développé aux États-Unis par Wagner (1998). Il s'articule autour de six domaines d'actions concertées pour la prise responsable des maladies chroniques soient l'organisation du système de santé, l'organisation des prestations de soins, le soutien à la prise de décision, le système de renseignements cliniques, le soutien à la prise en charge autonome et les ressources communautaires. Ce modèle favorise une approche populationnelle de soins aux maladies chroniques reconnaissant qu'il faut passer d'un modèle organisationnel de soins basé sur les maladies aiguës à un modèle organisationnel qui met l'accent sur la gestion des maladies chroniques.

Selon Nutting et coll. (2007), le CCM améliore significativement plusieurs paramètres chez les personnes diabétiques, notamment les taux d'hémoglobine glycosylée (HbA), ainsi que les taux de cholestérol. Ce dernier est associé significativement à un meilleur état de santé chez les personnes atteintes d'une maladie chronique (Institute for Innovation and Improvement, 2006a). En effet, un article de Kreindler (2009), basé sur une vaste étude englobant plus de 50 revues systématiques et méta-analyses, a démontré que toutes les dimensions du CCM n'ont pas le même impact. Certaines sont plus probantes que d'autres. Parmi les six composantes du CCM, l'auteur propose de s'attaquer d'abord à celles dont les interventions cumulent le niveau de

preuve scientifique le plus élevé, soit l'organisation de l'offre et de la prestation de services et le soutien à l'autogestion.

### 1.3.3 Modèle élargi de gestion des maladies chroniques : *Expanded Chronic Care Model*

Le modèle de soins chroniques élargi (Barr et coll., 2003), une version adaptée du modèle original proposé par Wagner, a été développé par le ministère des Services de la santé de la Colombie-Britannique en collaboration avec le Group Health Cooperative afin d'étendre le modèle et inclure la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il met en synergie le système de santé et les actions collectives de santé publique (politiques publiques, environnements favorables, actions communautaires) dans la prévention et la gestion des maladies chroniques à l'échelle populationnelle. L'Expanded Chronic Care Model attribue un rôle **actif à la communauté** (comme milieu d'intervention, mais aussi comme acteur), intervient davantage sur les déterminants de la santé, dont l'environnement, et procure une place plus grande à la promotion de la santé. En ce sens, le E-CCM vient compléter la perspective plus clinique du CCM et embrasse par le fait même une approche davantage populationnelle.

L'Expanded Chronic Care Model (E-CCM) vise globalement à générer des équipes de soins proactives et intégrées, qui interagissent avec des patients informés et actifs, en associant les services de la communauté. Ce modèle permet de mettre l'emphase sur plusieurs dimensions qui sont la conception du système de prestation, le soutien à l'autogestion des soins, le soutien à la décision clinique, le développement de systèmes d'information clinique, l'utilisation des ressources communautaires et l'organisation d'ensemble du système de santé. Ce modèle de

gestion des maladies chroniques présente un niveau de preuve scientifique élevée (Tsai et coll., 2005).

#### 1.3.4 Le modèle de Montréal

Au Canada, dès 2007, l'approche patient-partenaire est envisagée par le ministère de la Colombie-Britannique comme une méthode prometteuse pour l'atteinte de meilleurs résultats de santé. Il s'agit d'impliquer les patients non seulement dans le processus de soins, mais aussi en développant des compétences pour améliorer la qualité des soins et des services.

Le modèle de Montréal, à l'instar de la Colombie-Britannique, focalise sur une approche qui englobe le patient. L'objectif premier est l'intégration du patient comme un acteur à part entière qui vient avec son expertise, le « savoir expérientiel », qu'il puise de son vécu et de la connaissance de sa maladie. Il illustre un changement de paradigme qui répond à ce besoin de rejeter l'approche paternaliste qui a guidé l'action dans les milieux de soins et qui consiste à imposer aux patients et à leurs familles des soins pensés et dictés par une série d'acteurs dotés d'une expertise professionnelle. Il s'agit dorénavant de reconnaître au patient la maîtrise d'un savoir particulier, nommé « savoir expérientiel » reposant sur :

*« Les savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (Pomey et coll., 2015, p. 42).*

C'est donc l'ensemble des connaissances acquises qui vont lui permettre de participer comme un membre de l'équipe de soins et qui seront mises à contribution sur plusieurs plans, tant organisationnel, administratif ou, éventuellement, de la gouvernance (Pomey et coll., 2015). Les patients partenaires sont des :

*« patients-ressources qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie tant des patients que des professionnels; au niveau de l'enseignement des professionnels de santé et du psychosocial avec les patients-formateurs et au niveau de la recherche par l'implication de patients-chercheurs. » (Pomey et coll., 2015, p. 49)*

Bien entendu, plusieurs facteurs contribueront à la réussite d'une telle implication, notamment la mise en place d'une collaboration qui suppose une formation et de la transmission d'informations pertinentes au travers de cours et de recrutements de tuteurs (Pomey et coll., 2015).

L'approche du Modèle de Montréal s'applique de manière interdisciplinaire dans plusieurs domaines d'expertise de soins, telle que la psychiatrie (Flora et coll., 2015), mais aussi la réadaptation, l'oncologie, l'éthique, la santé publique, la pédiatrie, la gériatrie et bien d'autres domaines encore (Karazivan et coll., 2015; Lebel, et coll., 2014).

Une étude menée par Flora et coll. (2015) a conclu à l'applicabilité du modèle tout en démontrant que :

*« Les membres des Comités d'amélioration continue (CAC) développent un sentiment de fierté, une énergie, une motivation nouvelle et une cohésion de groupe. Les patients, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, développent un sentiment d'appartenance à l'équipe, voient augmenter leur estime d'eux-mêmes et leur sentiment d'utilité, en contribuant à l'amélioration des services spécialisés de santé mentale. Ils peuvent ainsi redonner ce qu'ils ont reçu et participer à des services de meilleure qualité au bénéfice d'autres patients, ce processus fait même parfois partie intégrante de leur plein rétablissement. » (Flora et coll., 2015, p. 113)*

Il existe toujours quelques limites qui avaient pu être identifiées dès 2014, notamment le fait que la science du partenariat entre le patient et l'équipe des soins de santé demeure complexe.

Boivin et coll. (2014) ont mené un essai randomisé qui a démontré que les priorités étaient dirigées vers le développement d'une capacité d'autonomisation des patients et moins vers l'atteinte des objectifs assignés par les professionnels de soins; en outre, les auteurs évoquent

également la nécessité d'une transformation culturelle qui questionne à nouveau les rapports de pouvoir au sein de l'équipe de soins dans laquelle évoluent les patients-partenaires.

Dans un article plus récent qui précède de peu le déclenchement de la pandémie mondiale, Pétré et coll. (2018) ont évalué les nombreuses approches patients-partenaires qui existent et ont également soulevé quelques limites qu'il serait intéressant de souligner. Ces limites sont au niveau conceptuel, entre différentes méthodes telles que le « patient-centered care », « patient activation » ou le « patient-empowerment », ou encore en matière de « transférabilité du système » vers d'autres systèmes de santé en questionnant à nouveau le processus d'implantation, ou encore en matière d'évaluation des indicateurs sur le renforcement des connaissances, de la motivation ou de l'amélioration des compétences (Pétré et coll., 2018).

#### 1.3.5 Le Projet COMPAS et COMPAS+

Il existe des modèles de gestion des maladies chroniques qui sont considérés comme fondateurs de la réflexion dans le domaine. Le CCM visait à favoriser une approche populationnelle laquelle a été davantage élargie avec le E-CCM, qui met en synergie le système de santé avec son environnement externe, y compris communautaire. En conséquence, un déploiement toujours plus important se fait pour englober plus d'intervenants :

*« Knowledge translation and interprofessional collaboration are two important components of continuous quality improvement of healthcare services. According to the Chronic Care Model, services delivered to patients should be coordinated and based on the best available evidence. However, this requires a paradigm shift in the way we think about medical care: instead of focusing on the acute needs of individual patients, the Chronic Care Model calls for a thoughtful, organized, proactive approach to improving the healthcare of a patient population ». (Vachon et coll., 2013, p. 2)*

Un rapport publié par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (direction de santé publique - Institut national de santé publique du Québec, INSPQ), a soulevé certains défis liés à la mise en place du E-CCM dans le contexte des services de santé au Québec, notamment l'absence d'un système d'information pour soutenir la décision clinique, le financement des établissements et des services multidisciplinaires, l'organisation de la pratique médicale ainsi que celle du réseau des soins de la santé, les lacunes organisationnelles et l'absence de feedback pour améliorer la gestion des soins. (Vachon et coll., 2013; Lévesque et coll., 2007).

C'est dans un tel contexte, qu'en 2008, le Département régional de médecine générale de la Montérégie au Québec (DRMG) en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ont lancé COMPAS (Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et des services en médecine familiale en Montérégie). La première phase fut lancée de 2010 à 2012 (Vachon et coll., 2013; ASSSM, 2012)

En substance, le COMPAS a pour finalité première d'améliorer de manière continue la qualité des services en impliquant des intervenants de première ligne. Il est implanté dans chacun des territoires de la Montérégie. Des banques de données clinico---administratives sont mises à la disposition des cliniciens qui participent à des ateliers permettant d'analyser leurs performances, d'échanger sur les défis à relever et besoins à satisfaire, de rechercher des pistes d'amélioration (ASSSM, 2012).

Afin d'inclure le patient dans cette analyse professionnelle, l'équipe du projet COMPAS a mis sur pied le volet Partenaire patient afin de leur permettre de donner leur point de vue et de partager ce que le Modèle de Montréal qualifierait de « savoir expérientiel ».

Le projet COMPAS a l'intérêt de permettre à l'équipe de prendre acte des lacunes et des besoins du système de soins, de prendre un recul pour faire une rétroaction sur les données accumulées dans les banques de données susmentionnées.

Les discussions de groupes dans ces ateliers permettent à l'ensemble des partenaires de collaborer pour trouver des solutions viables (Reflective Learning). Il s'agit, in fine d'aboutir à un plan d'action qui sera collectif et en mesure de susciter l'adhésion et l'engagement de l'ensemble des parties prenantes, y compris du patient-partenaire dans le volet PP (Vachon et coll., 2013).

Un tel intérêt a été formulé de la manière suivante :

*« Cooperative goal setting occurs when team members view the attainment of their respective goals as positively correlated and they work together for their mutual benefit ... by planning, individuals form an active mental representation of the target situation. Action planning can help initiate action by specifying when, where, and how to act. People who develop action plans are more likely to act in the intended way, and they initiate the goal behaviour faster than those who do not form action plans. » (Vachon et coll., 2013, p. 6)*

Par la suite, le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'INESSS, ont mis en place le projet COMPAS+ qui, en substance, formalise et institutionnalise, le déploiement de la méthodologie COMPAS à l'échelle de la province du Québec. Au nombre des nouveaux acquis, on compte l'extension des ateliers de trois heures à une journée, l'implication formelle des instances locales et des leaders sur tous les territoires, mais aussi l'implication du patient comme partenaire de la démarche d'amélioration des soins. Ainsi, COMPAS+ est, d'une certaine

manière, guidé par le Modèle de Montréal qui focalise sur la mise en place du patient partenaire à différents niveaux de l'architecture du système de soins :

*« Le programme COMPAS+ est un programme original qui allie de manière simultanée des collectifs d'amélioration de la qualité (quality improvement collaboratives), les méthodes d'audit et feedback, les pratiques réflexives l'engagement des patients (Bombard et coll., 2018) et des modalités pour soutenir l'ensemble grâce à des personnes dédiées pour implanter les changements nécessaires » (Pomey et coll., 2020, p. 330-331).*

En analysant les modèles, nous constatons que le CCM est axé sur des systèmes à orientation clinique et est difficile à utiliser par les praticiens de la prévention et de la promotion de la santé. La version améliorée du CCM appelée le modèle de soins chroniques étendus (E-CCM) comprend des éléments du domaine de la promotion de la santé de la population afin que des efforts de prévention à grande échelle, la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé et une participation communautaire accrue puissent également faire partie du travail des équipes du système de santé qui travaillent avec des problèmes de maladies chroniques. Finalement, le Modèle de Montréal, décrit comme un modèle relationnel basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, rend le patient un partenaire incontournable pour toutes les décisions qui le concernent et comme expert de l'organisation des soins.

Dans ce sens, la prochaine section traite de l'expertise du patient et la place de l'autogestion et de l'autonomisation du patient dans le système de santé.

## **1.4 L'autogestion**

Depuis toujours, le patient est au cœur de nombreux modèles conceptuels de prise en charge des maladies chroniques. Sa participation est un enjeu majeur des soins de santé contemporains.

L'éducation thérapeutique, plus communément appelée « autogestion » constitue une des six composantes essentielles du modèle de gestion des maladies chroniques.

Selon une définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé en Europe,

*« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. » (OMS Europe, 1998, pp. 13,14).*

En somme, l'autogestion consiste en l'acquisition, par le patient suffisamment motivé, de capacités personnelles pour gérer sa maladie. Cette démarche lui permet d'atteindre une meilleure gestion de sa propre santé grâce notamment à une confiance suffisante pour faire face à l'aspect médical et un bon contrôle de ses émotions. L'intérêt de la mise en œuvre de l'autogestion a démontré beaucoup de vertus non seulement pour le patient, mais également pour l'équipe soignante et le système de santé.

Les preuves démontrent que les programmes centrés sur le soutien à l'autogestion peuvent aider de nombreux patients à gérer efficacement leurs symptômes et faire des changements durables de comportement (Silva, 2011). Les habiletés d'autogestion chez les personnes atteintes de maladies chroniques maximisent la qualité de vie et le respect du plan de traitement. (Conseil canadien de la santé, 2010). Plusieurs études ont clairement démontré que les programmes d'autogestion contribuent significativement à réduire les admissions à l'hôpital diminuant ainsi les coûts de santé (Effing et coll., 2009). D'autres auteurs soulignent que l'autogestion intégrée dans les continuums de services à un potentiel dans le renforcement de l'autonomie et la santé

des usagers, qui réduit ainsi les coûts de santé. L'apport des interventions en autogestion améliore donc significativement la qualité des soins (de Silva, 2011).

Une revue systématique révèle que le soutien de l'autogestion améliore plusieurs aspects chez l'utilisateur telle sa motivation à adopter de saines habitudes de vie, ses attitudes face aux problèmes de santé, la résolution de problèmes et sa participation active dans le plan de traitement. Le soutien à l'autogestion représente la meilleure stratégie pour favoriser le changement de comportements (de Silva, 2011).

L'argumentaire de Nutting et coll. (2007) va dans le même sens en soutenant que le CCM améliore significativement plusieurs paramètres chez les personnes diabétiques, notamment les taux d'hémoglobine glycosylée (HbA), ainsi que les taux de cholestérol. Ce dernier est associé significativement à un meilleur état de santé chez les personnes atteintes d'une maladie chronique (Institute for Innovation and Improvement, 2006b; Nutting et al., 2007)

L'autogestion a le potentiel de renforcer la participation active et la collaboration des patients avec les professionnels de la santé dans la gestion de leur maladie; et si elle est intégrée dans les soins de la première ligne, elle permet d'établir un réel partenariat avec le patient, d'améliorer significativement leur qualité de vie et de réduire les coûts de santé liés aux maladies chroniques (Lorig et coll., 2013).

Les professionnels de la santé, n'agissant qu'à titre de consultants, joueront un rôle de soutien primordial. À cet égard, la relation du patient avec son équipe soignante est à la base de tout engagement thérapeutique optimal. Plusieurs études démontrent que l'étroite collaboration des protagonistes mentionnés est gage d'une meilleure conformité. À titre indicatif : « Les patients

ne suivent pas le traitement comme prescrit dans une proportion de 20 % à 40 % pour les maladies aiguës, de 30 % à 60 % pour les maladies chroniques et de 50 % à 80 % quand il s'agit de prévention » (Fortin et Goulet, 2012).

Dans une perspective historique entourant le partenariat de soins avec les patients, nous pouvons évoquer une évolution de la vision allant du paternalisme aux pratiques centrées sur le patient et maintenant aux pratiques collaboratives. Ce changement de paradigme, étalé sur plusieurs années, a grandement influencé la vision de la prise en charge des maladies chroniques. Plusieurs méthodes d'approches ont été utilisées. Toutefois, si l'on en croit (de Silva, 2011), tout modèle d'autogestion devrait comprendre :

- les techniques et outils d'intervention et;
- une transformation fondamentale dans le partenariat patient-professionnel.

Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) donne aux citoyens une voix consultative sur la qualité des soins et sur des questions sociales, morales ou éthiques. Cependant, il y a peu de preuves issues d'études comparatives sur les effets de la participation des utilisateurs dans les décisions de soins de santé au niveau de la population. (Nilsen et coll., 2006). Selon van de Bovenkamp, Trappenburg, et Grit (2010), le modèle néerlandais a démontré que la participation des patients donne de nombreuses occasions dans la prise de décision des soins de santé, mais elle provoque aussi des tensions importantes. Il est donc important d'étudier de plus près comment les patients peuvent contribuer et de quelle manière (van de Bovenkamp, Trappenburg, et Grit, 2010).

Ainsi, le but dans la mise en œuvre d'une telle relation avec le patient est son autonomisation partielle ou totale. Il est seul décisionnaire de son apport alimentaire, de son assiduité à l'exercice physique, mais également dans sa prise de médicaments prescrits (Bodenheimer et coll., 2002).

Il est très important, selon Bodenheimer et coll. (2002), de comprendre que les personnes souffrant de maladies chroniques sont leur principal fournisseur de soins. Toutefois, il est également bon de garder à l'esprit qu'une telle pratique soulève encore bien des défis à relever.

Les patients souffrant de maladies chroniques vivent dans le refus de leur maladie et parfois même dans l'isolement, ce qui demande une certaine vigilance de la part de la société qui doit prendre conscience des défis que la maladie chronique représente pour elle et assumer pleinement ses engagements. Toutefois, le défi réside dans la structure d'encadrement et de soutien de la pratique qui est essentielle pour le développement optimal de ces nouvelles compétences cliniques. Le soutien des gestionnaires, de même que l'engagement des professionnels sont des atouts pour contribuer à instaurer pleinement ces pratiques exemplaires d'autogestion en maladies chroniques. C'est un défi à relever pour les professionnels de la santé, les usagers ainsi que tous les intervenants.

Divers modèles de l'organisation des soins dans un contexte de maladies chroniques peuvent être mis en place. Cependant, le modèle de soins chroniques élargi présente un niveau de preuve scientifique élevé (Tsai et coll., 2005) et révèle que le soutien à l'autogestion est un élément essentiel. Selon Wagner et coll. (2001), la clé d'une prise en charge optimale d'une maladie chronique réside dans les interactions positives entre la personne et son équipe de santé clinique et dans un cadre favorisant une approche d'autogestion fiable et fondée sur des preuves. Intégrer

le patient à titre d'expert au sein de l'équipe interdisciplinaire lors de la prise en charge d'une maladie chronique ou lors de l'élaboration d'un modèle de soins est un défi intéressant.

Dans cette perspective, un cadre conceptuel a été créé et est présenté dans la section suivante. En plus de permettre l'interprétation des relations entre les acteurs d'un système, il est particulièrement utile à l'analyse de l'évolution de l'implantation d'un modèle dans un contexte pluraliste et complexe.

### **1.5 Synthèse de l'état des connaissances**

L'état des connaissances présenté dans ce chapitre a d'abord permis de poser les bases d'une organisation pluraliste ainsi que la dynamique de mise en œuvre d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

L'analyse de ces notions dans le contexte d'un modèle de prise responsable des maladies chroniques nous a permis de constater les difficultés à mettre en œuvre un modèle qui répond au modèle théorique de prévention et de gestion des maladies chroniques à savoir le Chronic Care Model développé aux États-Unis par Wagner (1998).

Toutefois, il existe sur cette question un consensus entre les auteurs pour souligner la complexité des organisations des systèmes de santé du fait que l'implantation d'un changement dans les façons de faire au sein d'une unité requiert un leadership fort et la capacité de transiger avec plusieurs intervenants de l'écosystème.

Toutefois, une telle littérature est importante et nécessiterait de définir l'ensemble des composantes qui forment l'écosystème propre du patient, lequel exerce également une influence sur son comportement individuel face à l'équipe des soins. Bien entendu, l'approche partenariat-

patient est importante et mériterait la poursuite et l'approfondissement des analyses. Ces analyses porteraient sur les facteurs qui déterminent la collaboration du patient sur le long terme et les conditions de succès et d'échec de l'implication du patient. Par ailleurs, la présente recherche n'intègre pas l'approche partenariat-patient ni l'écosystème propre du patient puisque ce n'est pas un accent mis par les promoteurs du cas à l'étude. Les données empiriques et les acteurs que nous avons rencontrés tout au long de notre recherche ne réfèrent pas au programme COMPAS comme référence pour structurer leurs actions, cela ne nous permettait pas d'élaborer sur les liens entre COMPAS et le modèle que l'équipe du projet CAIMC (centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques) voulait entreprendre pour la région. Cela étant dit, l'approche du Modèle de Montréal ainsi que le COMPAS et COMPAS+ sont toutefois cohérents avec le modèle théorique et pratique que nous étudions.

La présente recherche vise une contribution quant au processus de mise en œuvre de programmes visant une meilleure prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques dans les organisations et le système de santé au Québec. Or, les connaissances actuelles que nous avons à notre disposition demeurent insuffisantes pour comprendre en profondeur le processus à travers lequel tout cela se déroule. Certes nous disposons de connaissances sur les étapes clés associées à une implantation réussie, mais cela ne permet pas d'avoir une compréhension de la dynamique des acteurs par laquelle ces facteurs opèrent en contexte. On parle en particulier de l'interaction entre les éléments du contexte organisationnel du processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Cela constitue pour nous une opportunité d'explorer des pistes d'analyses qui dépassent l'analyse traditionnelle des facteurs facilitants et des obstacles à l'implantation d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Le leadership collectif et la transformation des pratiques professionnelles au sein d'une organisation de santé et la construction d'une culture organisationnelle représentent ainsi des exemples d'analyse qui ont un potentiel d'ouvrir sur des compréhensions renouvelées du processus de mise en œuvre d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Ainsi, les écrits relatifs à la transformation et à l'évolution des pratiques professionnelles s'appuient sur la prise en compte de deux aspects complémentaires, à savoir le contexte organisationnel et interprofessionnel.

La dimension organisationnelle permet de préparer le cadre structurel dans lequel le jeu des acteurs se déroule, et influe sur l'avenir de chaque profession dans un tout composé de la somme des parties. En somme, le contexte organisationnel dans lequel s'inscrivent les pratiques professionnelles ressort comme un élément important à prendre en considération pour mieux comprendre comment les pratiques peuvent se transformer afin de mettre en œuvre des services de prise responsable des maladies chroniques.

## **Chapitre 2- Cadre théorique**

Notre projet de recherche vise à comprendre et à analyser les dynamiques des acteurs impliqués et responsables de la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soins permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Notre recherche se focalise davantage sur un sous-ensemble d'acteurs au sein de cet écosystème, à savoir des acteurs qui peuvent exercer une influence sur la mise en œuvre d'un nouveau modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, les organisations de santé sont considérées comme pluralistes, caractérisées par la formation d'unités de production variées, au sein desquelles il y a émergence de dynamiques interprofessionnelles entre les acteurs du milieu influençant ainsi la trajectoire de l'action collective. Ce chapitre comporte trois sections. La première donne un aperçu d'ensemble du principal ancrage théorique de la présente thèse, soit la théorie de l'acteur stratégique (Crozier et Friedberg, 1977) d'abord en présentant ses assises théoriques, puis en identifiant des travaux empiriques qui s'y sont appuyés. La seconde section présente un autre ancrage théorique, soit celui de la sociologie des professions selon le modèle proposé par Abbott (1988). La troisième et dernière section présente pour sa part les éléments particuliers de ces ancrages théoriques que nous mobilisons dans le cadre de cette recherche.

### **2.1 Analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1977)**

L'analyse stratégique et systémique repose sur une théorie proposant un double raisonnement : l'un partant de l'acteur (l'analyse stratégique) et l'autre partant de l'organisation (l'analyse systémique). Les deux raisonnements sont complémentaires et indissociables.

L'analyse stratégique permet de mieux comprendre les rapports et le positionnement de l'organisation dans son contexte. Elle prend en compte les stratégies des acteurs en interrelations dans un contexte bien défini, malgré la présence parfois de positions opposées et d'intérêts divergents.

L'approche organisationnelle de l'action collective a été proposée par Michel Crozier et Enhard Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, publié une première fois en 1977.

Avec l'approche stratégique et systémique, le fonctionnement des organisations ne peut plus se définir à partir des seules règles formelles comme dans celle de l'approche taylorienne. Les règles formelles et les règles de jeu constituent les deux faces indissociables de toute organisation. Un construit social ou système d'action concret comme :

*« On peut définir le système d'action concrète comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux. » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 246)*

Le modèle de l'analyse stratégique de Crozier and Friedberg (1977) conceptualise l'action collective autour de la compréhension des relations entre des acteurs indépendants. Il met en valeur quatre éléments indispensables : 1) le pouvoir 2) la stratégie et l'enjeu; 3) la zone d'incertitude; et 4) le système d'action concrète (SAC).

La connaissance du contexte organisationnel permet de situer les principaux déterminants structurels et constitue une première étape dans la compréhension des processus reliant les acteurs. Le pouvoir représente le cœur de l'analyse stratégique. L'exercice du pouvoir réfère à la capacité d'un acteur à se rendre indispensable dans le fonctionnement d'une démarche ou d'un processus. Crozier analyse le phénomène du pouvoir dans les organisations et démontre que les

relations de pouvoir ne se limitent pas aux seuls rapports hiérarchiques. Crozier et Friedberg rejettent le modèle bureaucratique qui ne repose que sur des relations de pouvoir empêchant l'organisation d'éliminer ses dysfonctionnements et qui ignore l'influence des relations et des jeux stratégiques que peut développer tout acteur. Le pouvoir est une capacité d'action :

*« Le mécanisme quotidien et incontournable qui médiatise et régule les échanges de comportement indispensables au maintien, voire à la réussite, d'un ensemble humain marqué par la coexistence d'acteurs relativement autonomes et développant des rationalités d'action limitées, qui, pour cette raison même, sont sinon contradictoires, du moins divergentes, ou, pour l'exprimer de façon plus neutre, non spontanément convergentes. » (Friedberg, 1993, p. 257).*

L'information recueillie dans la démarche stratégique doit se référer

*« Aux données descriptives sur les opinions, les perceptions, les sentiments et les attitudes des acteurs pour reconstruire la structure de pouvoir ainsi que la nature et les règles des jeux qui régulent l'interaction des acteurs et conditionnent leurs conduites. » (Crozier et Friedberg, 1992, p.:473).*

La théorie de l'acteur stratégique (Crozier et Friedberg, 1977) est surtout mobilisée dans l'analyse des acteurs du système et de leurs relations dans la gouverne pluraliste. Elle permet d'analyser les comportements des acteurs ainsi que les stratégies qu'ils utilisent en ce qui concerne les enjeux de pouvoir. D'ailleurs, l'acteur dans toute organisation possède une marge de liberté pour jouer sur le pouvoir et sur les circonstances (Crozier et Friedberg, 1977).

L'analyse stratégique comporte deux modes de raisonnement, un mode stratégique et un autre systémique qui permettent de comprendre le mode de fonctionnement de l'organisation (Fouadriat, 2005). Il s'agit de deux volets distincts complémentaires et indissociables, qui permettent la formulation d'hypothèses sur les comportements des différents acteurs.

Le mode de raisonnement stratégique vise à collecter les informations pertinentes permettant de localiser la nature des stratégies mises de l'avant par les acteurs pour déterminer leurs intérêts

dans le cadre d'un processus de négociation. La manière dont les acteurs parlent de leur pratique et de l'expérience des interactions permet de saisir comment sont concrètement et subjectivement vécues les contraintes et les interdépendances (Foudriat, 2011). D'où l'importance d'observer le comportement des acteurs afin de comprendre leurs stratégies.

L'analyse stratégique permet aussi d'étudier les phénomènes de changement et de porter un éclairage sur les modèles possibles d'intervention sur l'action humaine à partir de l'analyse et de l'observation des opinions et des sentiments des acteurs, ainsi que leurs comportements, buts et objectifs qu'ils poursuivent par leurs actions (Denis, Langley et Rouleau, 2007). Ce mode de raisonnement permet d'identifier le choix des stratégies fait par les acteurs tout en repérant les enjeux entourant leur action (Denis, Langley et Rouleau, 2007).

Le raisonnement systémique « *part du système pour retrouver avec l'acteur la dimension contingente arbitraire et non naturelle de son ordre construit* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 198). Une démarche avec des outils pour accompagner les changements, un cadre de référence pour accéder à la demande d'une ou de plusieurs personnes et l'élaboration de la stratégie la plus appropriée au contexte aident ainsi les acteurs concernés à atteindre leurs objectifs.

Il sert à analyser le « système d'action concret » qui est le produit des interactions entre les diverses stratégies des acteurs et les règles formelles qui permettent son fonctionnement.

Selon Crozier et Friedberg (1977), les données d'observation à savoir les commentaires des participants, renvoient à la subjectivité des acteurs qui se présentent dans leurs discours et leurs arguments. Elles reflètent ce qu'ils pensent de leurs comportements, de leurs pratiques, de celles des autres acteurs et des interactions avec les autres acteurs dans leur contexte d'action respectif.

En complément, les travaux de Abbott (1988) montrent que le travail professionnel ou clinique dans le contexte des organisations de santé se loge parfaitement au cœur de cette complexité. Ces travaux sont importants en raison de leurs implications pour notre compréhension des dynamiques organisationnelles dans un contexte de changement; ce que nous nous proposons de discuter dans la prochaine section.

## **2.2 Les travaux d'Abbott en sociologie des professions**

La sociologie des professions et tout particulièrement « *The System of Professions* » d'Andrew Abbott restreint son analyse du savoir académique, avançant qu'il a proposé une « théorie du savoir professionnel en usage, puisque son application en est le principal objet » (Abbott, 1988, p. 53).

Publié en 1988, son premier ouvrage dessine les contours d'une approche écologique de l'expertise et des professions, où l'auteur propose une étude de cas centrée sur « la construction de la juridiction des problèmes personnels » mettant l'accent sur les différentes formes d'interdépendance et de concurrence entre ces dernières plutôt que sur l'étude de leur institutionnalisation. L'habileté d'une profession à soutenir sa juridiction est en partie liée au pouvoir et au prestige de sa connaissance académique. Les jeux de concurrence interprofessionnelle font émerger des formes diversifiées de stabilisation et elles correspondent au positionnement d'un groupe par rapport à un autre.

Abbott a mis l'accent sur les concurrences interprofessionnelles dans lesquelles les professionnels rivalisent avec d'autres pour obtenir le contrôle d'une juridiction, pour défendre et si possible étendre leurs frontières. Concernant les problèmes personnels, la notion de la rivalité porte non seulement sur une simple définition de l'activité légitime et la délimitation

d'une « juridiction culturelle », mais aussi sur la réalisation concrète du travail et la capacité à apporter des solutions à ces problèmes. La victoire d'un groupe sur les autres se traduit dans sa capacité à réduire le travail de ses concurrents à une version incomplète du sien. Le domaine de juridiction est déterminé par le contenu du travail, le contrôle exercé par les professionnels pour maintenir leur savoir et leurs habiletés et le principe de juridiction que la profession s'efforce de revendiquer pour son travail.

Abbott (1988) reconnaissait que les professions disposent d'un savoir « expert », dont elles négocient et défendent la maîtrise auprès d'autres groupes professionnels. Le sociologue fait valoir que cette maîtrise passe évidemment par la définition d'un champ de compétence, qui évolue avec les innovations et la demande sociale à laquelle les groupes professionnels répondent, voire qu'ils suscitent. Au regard de ces transformations professionnelles, la prise en compte du savoir académique comme critère de légitimation et de définition professionnelle appelait à de nouvelles analyses.

Pour arriver à comprendre comment un groupe parvient à dominer ses adversaires dans la compétition, Abbott suggère une analyse du travail lui-même et la description de la juridiction au moyen des trois modalités d'action susceptibles d'être exercées par tous les types de professionnels reposant sur la capacité de « résoudre un problème ». Il s'agit de la triade diagnostic-inférence-traitement.

Abbott décrit les caractéristiques de chacune des modalités d'action qui permettent à un groupe de professionnels de solidifier les frontières de sa juridiction ou de les fragiliser.

La première phase est le « **diagnostic** », c'est l'étape de la définition du problème ou de la problématique avec la collecte et la classification des informations par le professionnel et l'analyse des informations. La phase de « **l'inférence** » permet de relier le diagnostic avec le « **traitement** » et, par un détour de longueur variable, de passer de l'un à l'autre avec l'attribution d'une cause. Cette dernière ne peut pas être déléguée, car elle constitue le cœur de la résolution des problèmes, c'est le lieu de la plus grande vulnérabilité juridique. ,

| <b>Modalité d'action</b> | <b>Définition</b>   | <b>Détails</b>   |
|--------------------------|---|--|
| <b>Diagnostic</b>        | Collecte et classification des informations par les professionnels.                       | Le contrôle d'une juridiction repose souvent sur le contrôle de l'accès à ces informations.  |
| <b>Inférence</b>         | Analyse des informations afin de porter un jugement et de déterminer les actions à poser. | Pour limiter les incursions à la juridiction, l'inférence doit être basée sur un savoir scientifique rationnel, scientifiquement démontrable, mais aussi garder une certaine complexité afin d'éviter qu'il puisse être systématisé ou automatisé trop facilement. |
| <b>Traitement</b>        | Exécution des actions.  | Ces activités peuvent facilement être déléguées par un groupe de professionnel, tant que ce groupe maintient le contrôle sur leur déroulement.   |

Tableau 1. - Modalités d'action des professionnels, selon Abbott

Il est intéressant d'évoquer ici l'étude de MacNaughton, Chreim et Bourgeault (2013) qui ont cherché à identifier les facteurs d'influence qui mettent en perspective les limites et frontières professionnelles évoquées par Abbott. En effet, les auteurs considèrent que l'autonomisation de la profession n'est pas antinomique avec le souci de collaboration. Au contraire, dans certains cas, cela tendrait à rehausser la volonté de collaboration puisqu'une légitimité de la profession est soulignée.

Les facteurs d'influence suivants sont identifiés:

- Influences structurelles : espace favorisant les interventions ad hoc d'une autre profession, charge de travail, roulement de personnel stabilisé, hiérarchie qui préside à la distribution des tâches et composition des intervenants professionnels;
- Influences interpersonnelles : compréhension des rôles et des responsabilités des collaborateurs, confiance établie entre les acteurs, leadership rassembleur et auquel ils peuvent tous s'identifier et définition des compétences (MacNaughton, Chreim et Bourgeault, 2013; Schot, Tummers et Noordegraaf, 2020) :

*« Creating spaces for collaboration is closely related to what Noordegraaf (2015) calls 'organizing'...Our review indicates such organizing work is highly informal. This resembles analyses of articulation work (Postma et al., 2015) and knotworking (Lingard et al., 2012) in healthcare, placing emphasis on the way professionals constantly improvise as they negotiate everyday challenges. ... Our results indicate differences between diverse settings. The same seems to be true for different sectors within healthcare. Further research is needed to understand the differences in collaborative work between contexts... this review show professionals are observed to contribute in at least three ways: by bridging multiple types of gaps, by negotiating overlaps in roles and tasks, and by creating spaces to do so. » (Schot, Tummers et Noordegraaf, 2020, p. 339)*

La mise en place d'un modèle élargi de gestion des maladies chroniques implique la participation de plusieurs professionnels qui doivent réorganiser leurs façons de travailler. Les stratégies et les alliances se forment à partir du moment où les acteurs arrivent à mobiliser les participants, déstabiliser l'ordre établi en place et forcer les professionnels à en créer un nouveau et maintenir leur réseau de soutien. Le leadership alors exercé dépend non seulement de l'engagement des leaders, mais aussi de la proactivité avec laquelle ces derniers devancent les interactions qu'ils seront amenés à avoir en vue de définir leurs objectifs communs et la redistribution des rôles au sein d'une équipe nouvellement formée (Chreim, 2015).

### 2.3 Mobilisation des ancrages théoriques et cadre conceptuel

Notre projet de recherche exige ainsi une compréhension du rôle des acteurs associés à la mise en place d'un modèle organisationnel permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et comment les acteurs ont construit le projet d'intégration qu'ils souhaitent mettre en œuvre, de même que les répercussions cliniques et organisationnelles qui en découlent.

La description empirique de l'ensemble des comportements des acteurs qui ont cours durant chacune des étapes se fait à partir des concepts proposés par Crozier et Friedberg (1977). Ces derniers sont des outils d'analyse et servent à repérer les éléments pertinents dans les entretiens des répondants, qui deviennent des entrées pour les différents volets de raisonnements de l'analyse stratégique. Le modèle de prise en charge des maladies chroniques est le résultat d'une dynamique où il y a une succession et combinaison d'activités menées et d'interrelations développées par des acteurs multidisciplinaires. Il s'agit du médecin généraliste et spécialiste, des infirmières cliniciennes, l'infirmière pivot à l'hôpital, les médecins et infirmières du réseau GMF, les infirmières du réseau de soins à domicile, les pharmaciens en pratique communautaire, les gestionnaires et les patients. Toute cette dynamique a contribué à l'identification d'un processus menant à la création de **ce modèle**.

**La figure 1** présente le cadre conceptuel qui en résulte et illustre sous une forme schématique le processus de construction d'un modèle au sein d'une organisation professionnelle. La partie supérieure de la figure délimite le contexte organisationnel dans lequel nous trouvons l'écosystème des maladies chroniques et son fonctionnement en réseau à l'intérieur duquel se déploient précisément les processus et les dynamiques qui nous intéressent au premier plan. Les

acteurs impliqués dans ce processus sont tous représentés dans un rectangle à gauche constituant ainsi un réseau avec des nœuds de production à différents niveaux. La flèche dirigée de gauche à droite, et qui domine la figure, représente ainsi la progression dans le temps du projet de mise en œuvre du modèle. Cette progression correspond à un phénomène continu évoluant dans le temps, représentant ainsi un processus dynamique de mise en place du modèle de prise en charge des maladies chroniques.

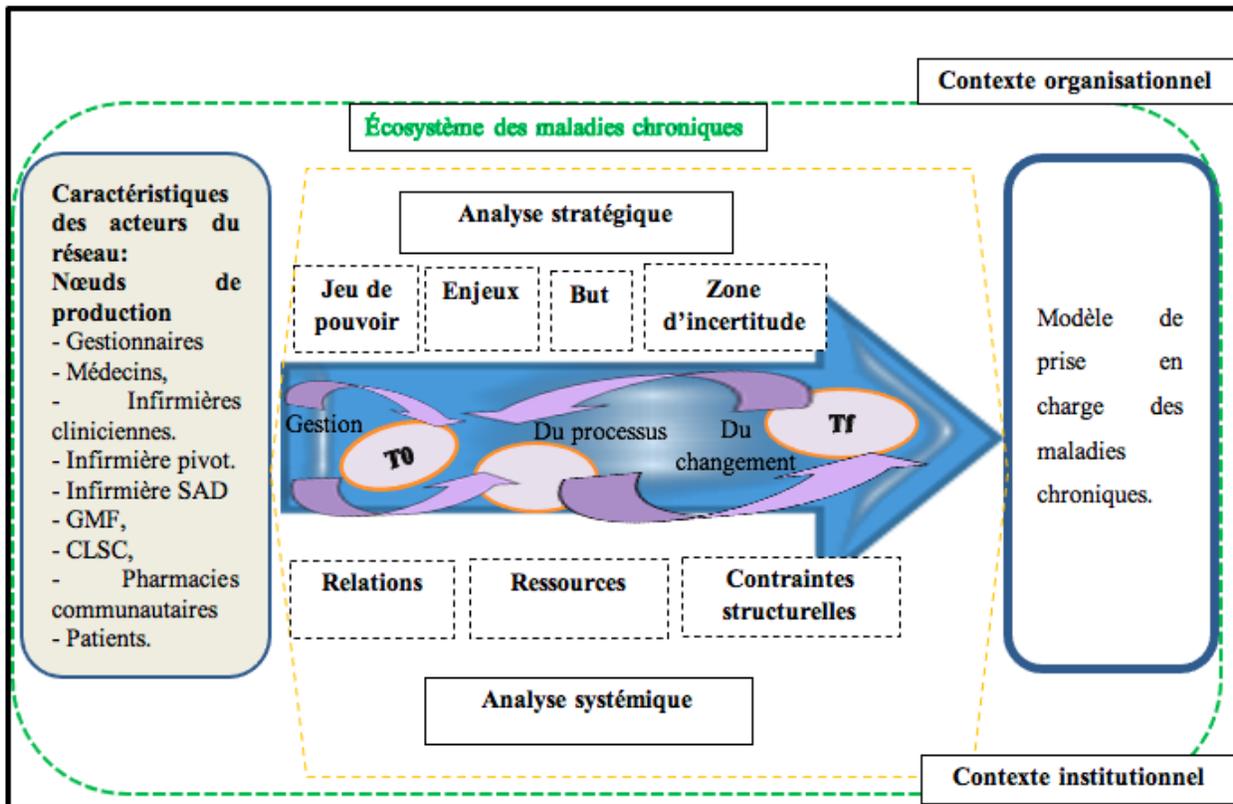


Figure 1. - Processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Dans le cadre de cette recherche, notre écosystème fait référence à un sous-ensemble dans lequel nous retrouvons les acteurs impliqués et mentionnés plus haut qui interviennent dans le champ des maladies chroniques, évoluant ainsi dans un espace professionnel moins défini,

laissant la possibilité aux professionnels de définir cet espace. L'approche globale de la santé suppose en effet de dépasser le modèle biomédical pour répondre aux besoins des patients et leur famille dans l'objectif de développer leur autonomie dans la prise en charge du facteur de risque pour la santé. L'approche qui permet d'examiner la complexité qui sous-tend l'ensemble de ces espaces d'action est l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). C'est ce que cette recherche se propose de faire en appliquant le cadre conceptuel de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg pour décrire et analyser les contextes dans lesquels évoluent les acteurs impliqués.

Notre analyse de la question du pouvoir exige la réponse à deux séries de questions, la première relève du raisonnement stratégique et la seconde du raisonnement systémique. Ainsi, nous effectuons une démarche d'analyse stratégique à partir des différentes sources de données recueillies ce qui va nous permettre de mieux comprendre les relations de pouvoir dans un système local et d'analyser la dynamique du processus d'implantation du modèle de prise en charge des maladies chroniques. Or, tous les acteurs ne possèdent pas une capacité égale à influencer ce processus, ce qui amène à considérer la question du pouvoir. La contribution des travaux d'Abbott (1988) à cet égard est de poser que c'est en s'appuyant sur ses sources de légitimité qu'un groupe professionnel est susceptible d'influencer ces arrangements du travail dans une direction plutôt qu'une autre.

L'opérationnalisation de la démarche de la recherche ainsi que les principaux éléments méthodologiques seront présentés dans la prochaine section.

Comme mentionné au chapitre 2, nous cherchons à approfondir notre connaissance des conditions entourant les équipes de projet du CAIMC et du rôle des acteurs qui pourraient être

favorables au développement du leadership partagé et dans la mise en place d'un modèle de soins.

Le choix de l'approche générale de la stratégie de recherche découle du cadre conceptuel développé et de notre objectif de recherche. Le devis de recherche est une étude de cas unique qui s'appuiera sur différentes sources de données.

## **Chapitre 3- Méthodes et procédures analytiques**

Ce chapitre présente une synthèse des choix méthodologiques qui nous ont permis de répondre aux objectifs de la présente thèse. Le choix de l'approche générale de la stratégie de recherche découle du cadre conceptuel développé et de notre objectif de recherche. Nous présentons aussi les procédures de collecte et d'analyse des données ainsi que les critères de qualité.

### **3.1 Approche générale et stratégies de recherche**

Dans le contexte de l'étude, les méthodes qualitatives prendront plus spécifiquement la forme d'une analyse des processus, c'est-à-dire une analyse de la séquence de l'évolution des événements individuels, collectifs et organisationnels tels qu'ils se déploient dans le temps (Pettigrew, 1997).

Selon Mucchielli (2004), l'étude de cas se définit comme une stratégie de recherche visant à rendre compte du caractère évolutif et complexe de phénomènes inscrits dans un système social possédant ses propres dynamiques. En ce sens, l'accent porte sur des questions importantes au niveau de l'organisation des soins et les mécanismes de la mise en œuvre d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques.

Le devis de recherche permettant de répondre à notre question de recherche est une étude de cas unique (Yin, 2003) portant sur l'examen du processus menant à la création CAIMC. Il s'agit d'une étude de cas dont l'unité d'analyse principale correspond aux établissements faisant partie du CSSS Haut-Richelieu-Rouville à Saint-Jean-sur-Richelieu faisant partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, en tant que réseau regroupant des organisations qui participent à la construction et à la création du CAIMC que nous décrivons dans

la prochaine section. Son intérêt réside notamment dans l'enchaînement des composantes clinique et organisationnelle sur lequel se base le projet de recherche.

À cet égard, le CAIMC représente une excellente occasion d'étudier en profondeur et de façon prolongée le processus de mise en œuvre du modèle de prise en charge des maladies chroniques depuis ses tout débuts.

Aussi, l'écosystème des maladies chroniques dans la région représente un système bien défini qui nous permet plus facilement d'observer les interactions entre ses composantes cliniques, institutionnelles et organisationnelles, ce qui représente une caractéristique très importante et commune à ce type de contexte. Par conséquent, les possibilités d'apprendre du cas sont apparues considérables, d'où la dimension instrumentale du cas. Les modèles de prise en charge des maladies chroniques existent et sont largement répandus, mais il y a peu de documentation en ce qui a trait à leur mise en œuvre.

En début de cette partie de l'étude, l'analyse du déploiement séquentiel des événements dans le temps est importante. Nous avons choisi deux méthodes suggérées par Langley (1999) pour réaliser une analyse longitudinale à savoir la technique narrative et le découpage temporel. La technique narrative est parfaitement adaptée à notre étude de cas et elle permet d'organiser les données quand le temps joue un rôle important et qu'un cas unique offre des incidents riches et divers (Chiles, Meyer et Hench, 2004). En s'appuyant sur plusieurs sources de données collectées ainsi que des documents et des procès-verbaux, un récit a été rédigé en organisant de manière chronologique le processus qui a conduit à la création du CAIMC. Ce récit permet une compréhension en profondeur de la dynamique de la mise en œuvre d'un modèle de soin.

La notion de contextualisme renvoie directement aux travaux de Pettigrew (1979) servant de cadre d'analyse qui nous permettra de comprendre les processus interactifs par lesquels la mise en place du modèle de soins évolue dans un contexte particulier, traversé par un processus où prédominent les relations, interactions et jeux de pouvoirs entre les acteurs.

Ce choix est apparu approprié considérant que la recherche s'intéresse à l'évolution du modèle de soins et de son implantation et qu'elle vise à en comprendre les dynamiques.

### **3.2 Contexte de l'étude**

Une étape nécessaire dans la réalisation d'une étude de cas unique est son choix, lequel est intrinsèquement lié à la question générale de recherche que le chercheur se pose sur le phénomène qu'il veut étudier (Yin, 2001). Ainsi, et du moment que notre écosystème des maladies chroniques est en réseau, notre unité d'analyse correspond à celui rattaché au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, à savoir le CSSS du Haut-Richelieu-Rouville localisé à Saint-Jean-sur-Richelieu.

#### **3.2.1 L'établissement et l'écosystème des maladies chroniques**

Nous centrerons notre intérêt sur l'analyse du réseau de l'écosystème des maladies chroniques et les relations inter organisationnelles lors de l'implantation et la mise en œuvre du centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques CAIMC.

Le réseau local du CSSS Haut-Richelieu-Rouville est situé en Montérégie, il a vu le jour en 2005 et occupe un territoire couvrant une superficie de 1491 km<sup>2</sup>, ce qui en fait le 3<sup>e</sup> plus grand territoire de la Montérégie. Le territoire comporte deux pôles urbains d'importance soit la municipalité de Saint-Jean-sur-Richelieu, la deuxième plus grande ville de la Montérégie, avec 53 % de la population totale du territoire (79 601 personnes), et celle de Chambly, avec 13 % de la

population totale du territoire (20 342 personnes). Les 19 autres municipalités sont situées davantage en zone rurale avec des populations variant de 500 à 7 600 personnes environ.

Le sous-ensemble de l'écosystème des maladies chroniques de la région est organisé en réseau regroupant le CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Au moment de l'étude, il compte trois MRC distinctes (MRC de Rouville, MRC du Haut-Richelieu et MRC de la Vallée du Richelieu) couvrant 21 municipalités et compte 16 installations, lieux de soins et de services ainsi que l'Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu), une unité de médecine de famille, quatre CLSC, sept groupes de médecine de famille (GMF), quatre centres d'hébergement et un CHSLD privé non conventionné ainsi que d'autres lieux de soins et de services.

Notre étude porte sur l'évolution de la mise en place d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques depuis le début du suivi systématique, issu du « projet clinique » débuté en 2006 jusqu'à la création et le lancement du projet CAIMC en septembre 2014.

La pertinence de ce choix découle du fait que cet exemple a bien évolué vers la mise en œuvre réelle d'un modèle adéquat, et qu'en conséquence il apporte une contribution quant au processus de mise en œuvre de programmes visant une meilleure prise en charge des maladies chroniques dans les organisations et le système de santé au Québec.

La mise en place du CAIMC a pour principal objectif d'améliorer l'état de santé de la population atteinte de maladies chroniques grâce à une approche interdisciplinaire des intervenants. Ainsi, ce centre vise entre autres à optimiser les ressources disponibles tout en privilégiant une approche intégrée auprès de la clientèle. Le choix est motivé par notre compréhension du contexte et l'accessibilité des informateurs clés. L'endocrinologue Marie Andrée Corbeil, membre

du **Groupe de travail** du CAIMC, a accepté de nous aider dans la collecte de l'information et de nous présenter les professionnels et les informateurs clés qui ont contribué à l'élaboration et la mise en œuvre du Modèle de soins. Elle jouera le rôle de l'informateur principal, car elle était le principal acteur impliqué dans le processus d'implantation. Des collaborations antérieures du chercheur avec différents acteurs du système de santé du CSSS Haut-Richelieu-Rouville dans le cadre d'activités professionnelles entre 2006 et 2013 ont également permis le développement de connaissances de base de la problématique de recherche.

### **3.3 Collecte des données**

En cohérence avec l'approche retenue et les questions de recherche, nous avons eu recours à des méthodes qualitatives pour la collecte de données. Les méthodes que nous avons utilisées comprennent l'analyse documentaire et l'entrevue individuelle semi-dirigée ainsi que les questionnaires auprès des patients. Nous avons eu aussi accès à l'ensemble des documents de travail et des procès-verbaux des rencontres des membres de la communauté de pratique qui regroupent les intervenants du CAIMC, les infirmières ainsi que les médecins opérant dans le réseau GMF de la région. Le matériel recueilli lors de ces rencontres fait partie de la collecte de données et il est par conséquent analysé au même titre que le matériel provenant des entrevues individuelles.

#### **3.3.1 Analyse des documents, données administratives et cliniques**

Une première collecte de données, soit les sources documentaires, nous a permis de comprendre l'ampleur de la démarche, les débuts et les moments charnières. Elle nous a permis aussi de confirmer les rôles attribués aux divers acteurs impliqués et de marquer les étapes d'évolution du changement au sein de l'écosystème des maladies chroniques.

Divers types de documents ont été analysés en fonction d’usages différents, parmi ceux-ci : procès-verbaux des comités de travail, rapports annuels de l’hôpital, documents de l’agence de santé de la Montérégie, plans d’action, documents sur le projet de CAIMC, rapports du comité directeur maladies chroniques, outils de coordination et protocoles de soins.

Cette information a permis, en premier lieu, de dresser des portraits de la clientèle et des impacts sur leurs visites à l’urgence, notamment en se basant sur des indicateurs cliniques comme les fréquences d’hospitalisation, les taux de l’hémoglobine glyquée (A1c) ainsi que les épisodes d’hypoglycémie ou hyperglycémie. En deuxième lieu, nous avons repéré des types d’événements qui ont marqué les grandes étapes du déroulement de la mise en place de la clinique des maladies chroniques, autrement dit, ceux ayant influencé la progression de sa mise en œuvre (processus de décision, projets de loi ou consultations, par exemple).

Cette stratégie permet de générer des données que nous avons triangulées pour fournir une explication plus riche du lien entre le programme, son implantation et les effets observés. Cette triangulation repose sur une démarche d’analyse interprétative des données recueillies et sur des processus de validation auprès des personnes responsables de l’implantation.

Cette analyse de documents de nature clinique et administrative permet d’avoir un fil conducteur pour notre recherche, enrichit les informations recueillies par d’autres sources et favorise ainsi la mise en perspective et l’approfondissement de la compréhension du phénomène étudié (Patton, 2002). Dans l’ensemble, cela nous permet de comprendre l’évolution de la mise en place du modèle de prise en charge des maladies chroniques et la création du CAIMC.

### 3.3.2 Entrevue individuelle semi-dirigée

Notre deuxième méthode de collecte de données, les entrevues semi-dirigées, a constitué la principale source de données pour cette étude. Les répondants potentiels appartenaient à un des cinq groupes d'acteurs impliqués dans le processus à savoir : médecins, infirmières, patients, pharmaciens, et gestionnaires.

Selon Boutin (1997), l'entrevue semi-structurée permet aux répondants d'articuler leur pensée autour de thèmes préétablis tout en conservant suffisamment de souplesse pour explorer d'autres thèmes non prévus initialement dans le cadre de la recherche et en utilisant une grille de questions ouvertes (Savoie-Zajc, 2003).

À l'issue d'une première rencontre avec notre informateur/acteur clé et l'instigatrice du projet, celle-ci a été invitée à nous suggérer les noms d'autres acteurs clés susceptibles de nous fournir de l'information sur le pilotage et la mise en œuvre du modèle de soins (Miles et Huberman, 2003). Le choix des répondants a été établi de façon évolutive, méthode boule de neige visant la saturation des informations (Miles et Huberman, 2003).

Cette technique consiste à ajouter à un noyau d'individus tous ceux qui sont en relation avec eux et ainsi de suite (Gauthier, 2003). Cette stratégie est adaptée pour comprendre un phénomène par la perspective des individus impliqués dans le projet. Ainsi, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec les professionnels et les gestionnaires impliqués de près dans la mise en œuvre de ce modèle que constituent la clinique des maladies chroniques et ses partenaires. Nous avons également rencontré des membres des organisations partenaires de l'écosystème des maladies chroniques afin d'obtenir des informations contextuelles.

Ces individus ont été interrogés sur les objectifs de la mise en place d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques, les défis les plus importants liés à la mise en œuvre, les principaux acteurs impliqués ainsi que leur niveau d'influence et leurs rôles, et enfin, sur la place occupée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et la direction générale de l'Hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu dans cette opération.

Dans cette optique, un guide d'entrevue (l'annexe 1 propose une version des guides d'entrevue utilisés dans le cadre de cette étude) a été développé pour les médecins, infirmières et administrateurs. Des entrevues semi-dirigées ont ainsi été effectuées auprès des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du modèle de soins, d'une durée d'une heure et demie en moyenne, menées en face à face et réalisées avec le consentement écrit des participants (annexe 6).

Ces entrevues ont permis de documenter leur perception de la clinique et nous permettre, par le fait même, d'en acquérir une compréhension de l'intérieur.

Nous sommes convaincus qu'un nombre suffisant d'entrevues semi-dirigées a été parachevé afin de permettre l'atteinte d'une saturation des données (Kuzel, 1999) et nous pensons avoir rencontré un bon nombre d'acteurs concernés par l'objet de notre projet de recherche.

La collecte des données s'est ainsi arrêtée, puisqu'il n'y avait plus d'informations additionnelles apportées par les intervenants (Aubin-Auger et coll., 2008). Au total, le corpus de données compte 24 entrevues réalisées auprès des informateurs clés.

|  | 2016           |
|--|----------------|
| <b>Informateurs du projet de recherche</b> | <b>Nombres</b> |
| Médecins spécialistes                      | 2              |
| Médecins généralistes                      | 2              |
| Pharmaciens (chef et hôpital)              | 2              |
| Infirmières cliniciennes                   | 3              |
| Infirmières en GMF et infirmière pivot     | 7              |
| Nutritionnistes                            | 2              |
| Infirmière en soins à domicile             | 1              |
| Kinésithérapeute                           | 1              |
| Gestionnaires                              | 4              |
| <b>Total</b>                               | <b>24</b>      |

Tableau 2. - Liste détaillée des entrevues par groupe d'appartenance

### 3.3.3 Questionnaire auprès des patients

Afin de rendre compte de l'efficacité des interventions éducatives déployées en première ligne, il est important de pouvoir évaluer l'autogestion, qui sera considérée sous l'angle de l'*empowerment*. L'intervention comportait des formations éducatives offertes aux patients avec maladies chroniques ou démontrant des facteurs de risque, par une équipe interdisciplinaire (infirmière jouant un rôle de pivot, nutritionniste et kinésiologue) en collaboration avec les professionnels de première ligne (médecin de famille, infirmière, etc.).

Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas eu les autorisations nécessaires pour avoir accès aux dossiers des patients, nous avons pris la décision d'utiliser une mesure approximative (un proxy) en mobilisant le (HeiQ) qui complétera les autres mesures qui nous permettront d'avoir un portrait assez complet de l'efficacité des programmes de formation. Notre démarche derrière l'utilisation de ce genre de questionnaire en première ligne auprès d'une clientèle atteinte de maladie chronique est d'évaluer l'impact des programmes éducatifs en santé que l'équipe de

projet du CAIMC a lancés dans la région, une sorte de vérification et de validation que les programmes d'accompagnements favorisent l'autogestion, mais aussi améliorent le portait clinique du patient.

Dans ce sens, le questionnaire *Health Education Impact Questionnaire* (HeiQ)<sup>2</sup> version 3.0, créé et décrit pour la première fois en 2007 par Osborne et ses collaborateurs en Australie (Osborne, Elsworth, et Whitfield, 2007) a été utilisé.

Ces auteurs souhaitaient développer un instrument de mesure facile d'utilisation et ayant de bonnes qualités métrologiques dans le but d'évaluer l'impact des interventions éducatives s'adressant à la clientèle avec maladies chroniques. Cela s'inscrit dans une philosophie de reconnaissance de l'importance de la prise en charge par les patients eux-mêmes, de la gestion de leur maladie et leur relation avec les professionnels. Le HeiQ est conçu pour mesurer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé et pour informer les professionnels de santé, les financeurs et les décideurs sur les résultats des programmes d'éducation pour la santé proposée aux malades chroniques.

Le recrutement des patients a été réalisé en collaboration avec l'infirmière clinicienne du centre du diabète que nous avons contactée. Nous lui avons expliqué les objectifs de la recherche et fourni les critères recherchés chez les patients, comme décrit à la sous-section « Population cible et recrutement des patients ». Après acceptation de recruter des patients pour notre recherche, l'infirmière a contacté les patients et a fixé des rencontres individuelles lors de leur première visite. Les patients qui ont accepté de participer ont signé un formulaire de consentement qui

---

<sup>2</sup> <http://www.deakin.edu.au/health/research/phi/Heiq.php>

garantit l'anonymat, la confidentialité de l'entrevue et l'utilisation du matériel et des informations qui y sont associées. Au total, 30 patients ont répondu à notre questionnaire.

#### 3.3.3.1 *Le Health Education Impact Questionnaire (HeiQ)*

L'évaluation de l'impact des programmes de l'autogestion dans les maladies chroniques est complexe, et manque parfois d'indicateurs de résultats intermédiaires pertinents et fiables, abstraction faite des indicateurs médicaux spécifiques à chaque maladie chronique.

L'équipe du CAIMC a recruté et formé des professionnels qui se sont rendus d'un GMF à un autre pour fournir des formations aux infirmières et aussi pour les médecins. En bref, l'intervention comprenait un soutien à l'autogestion avec une éducation à la santé et une approche de motivation centrée sur le patient. Après une évaluation clinique, un plan d'intervention individualisé a été élaboré en collaboration avec le patient par une infirmière qualifiée. Le plan pourrait inclure des rencontres avec un ou plusieurs intervenants. Chaque intervention a été individualisée, s'est étalée par un professionnel de la santé à la clinique où le patient a été recruté, et donnée sur une période pouvant aller jusqu'à trois mois. L'intervention comprenait au moins trois rencontres individuelles entre le patient et un professionnel de la santé de la région. Les patients recrutés présentaient au moins l'une des affections chroniques ou facteurs de risque suivants : prédiabète, diabète, maladie cardiovasculaire, MPOC, asthme, tabagisme, obésité, hyperlipidémie, modes de vie sédentaire ou toute combinaison.

Cela nous a permis de mesurer l'impact de ces formations auprès des patients dans la région. Nous avons pris la décision d'utiliser le HeiQ qui a été créé par Osborne et son équipe en Australie (Osborne, Elsworth et Whitfield, 2007). Cet instrument de mesure vise à évaluer les effets d'un programme en autogestion et en empowerment pour la clientèle avec maladies chroniques. Nous

avons eu la chance de communiquer avec l'équipe des chercheurs en Australie pour avoir la version 3.0 du HeiQ qui a été traduite en français grâce à un processus de traduction rigoureux; la version en langue française a montré de bonnes propriétés psychométriques (Bélanger, 2015).

Nous avons donc utilisé cette version 3.0 puisque la traduction possède de très bonnes qualités de validité, de fiabilité et de sensibilité (Bélanger, 2015). Le questionnaire comprend 40 éléments représentant huit dimensions (tableau 3) à savoir le comportement en santé, l'engagement positif et actif dans la vie, l'autocontrôle et la réflexivité, les attitudes et approches constructives, l'acquisition de compétences et de technique, l'intégration et le soutien social, l'orientation dans les services de santé ainsi que la détresse émotionnelle.

La position du patient dans chaque domaine est résumée par un score calculé en attribuant une valeur de 1 à 4 à chaque item sous forme d'échelle de Likert (de 1 : pas du tout d'accord à 4 : tout à fait d'accord) et huit domaines puis en faisant la moyenne des valeurs des items du domaine.

Les 40 questions fournissent ensemble un profil complet des résultats prévus de l'éducation pour la santé et les programmes d'autogestion. Le questionnaire HeiQ nous permet aussi d'avoir une analyse fine de l'impact d'un programme d'éducation de façon globale, mais aussi individuelle.

Au plan institutionnel, il permet une évaluation objective de différents programmes (Debussche, 2018).

| Dimension                                   | Signification   |
|---|---|
| Comportement en santé                       | Plus le score est élevé, plus la personne adopte des pratiques saines incluant prévention, équilibre alimentaire et activité physique                               |
| Engagement positif et actif dans la vie     | Plus le score est élevé, plus la personne est activement engagée dans la vie et est motivée pour améliorer ses conditions de vie                                    |
| Autocontrôle et réflexivité                 | Plus le score est élevé, plus la personne sait gérer sa maladie en mettant des limites raisonnables et en prenant du recul  |
| Attitudes et approches constructives        | Plus le score est élevé, plus la personne essaie de minimiser les effets de la maladie et est déterminée à ne pas admettre que la maladie contrôle sa vie           |
| Acquisition de compétences et de techniques | Plus le score est élevé, plus la personne a développé des compétences à l'autogestion et l'autosoins  |
| Intégration et soutien social               | Plus le score est élevé, plus la personne est entourée socialement (assistance, etc.)   |
| L'orientation dans le système de santé      | Plus le score est élevé, plus la personne est confiante en sa capacité à communiquer avec les professionnels de santé et sait s'orienter dans les services de santé |
| Détresse émotionnelle                       | Plus le score est élevé plus la personne a un ressenti négatif sur sa santé, qui l'affecte beaucoup (anxiété, dépression, etc.)                                     |

Tableau 3. - Les 8 domaines et explication des questions du Health Education Impact Questionnaire

### 3.3.3.2 Population cible et recrutement des patients pour le questionnaire HeiQ

La population cible est ainsi constituée de la clientèle du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville à Saint-Jean-sur-Richelieu, faisant partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre. Les patients visés ont une ou plusieurs maladies chroniques ou un ou plusieurs facteurs de risque de celles-ci, et utilisent les services de première ligne pour leur suivi de santé soit en GMF ou en clinique privée sur le territoire de Saint-Jean-Sur-Richelieu.

Concernant le recrutement des patients, nous avons adopté conjointement avec l'infirmière responsable une procédure pour l'identification des patients à savoir, une représentativité en

fonction du niveau du risque dans la pyramide de Kaiser Permanente. Nous avons ciblé des usagers à faible risque (70 et 80 % de la population) ainsi les patients à haut risque (20 % de la population) nécessitant des soins spécifiques. Par la suite, c'est l'infirmière qui a repéré les patients tout en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion et demandé leur accord pour un entretien et pour remplir le questionnaire. Au total, 30 patients ont accepté de participer et ont rempli le questionnaire. Ils sont des personnes diabétiques de la région de St-Jean-Sur-Richelieu et ils ont bénéficié du programme de formation en autogestion les deux dernières années en clinique de diabète (0 à 24 mois), entre juillet 2015 et juillet 2017.

De fait, 100 % des cas recrutés ont bénéficié d'une éducation en ce qui concerne le diabète, à la clinique du diabète. Celle-ci visait à s'assurer que le patient apprenne et acquière les compétences nécessaires à sa prise en charge.

Le questionnaire a été proposé aux patients diabétiques de la région ayant suivi une formation de groupe de 4 cours à raison d'une fois par semaine et échelonné sur un mois. La formation est assurée par deux nutritionnistes et deux infirmières. Il est aussi possible de suivre une formation individuelle si le patient le préfère pour une raison quelconque jugée pertinente. Cependant, il n'y a pas de suivi pour une prise en charge continue. À la suite de la formation, un plan d'accompagnement éducatif individuel est proposé et les patients sont transférés à leur médecin de famille et à leur infirmière en GMF. Les patients peuvent revenir comme ils veulent pour reprendre les cours et assister à une révision des notions liées à leur diabète. Le questionnaire a été administré de nouveau entre 5 et 9 mois après la formation initiale, lors d'une consultation médicale en diabétologie.

➤ **Les critères d'inclusion étaient :**

- 1- Avoir une maladie chronique ou facteurs de risque de celle-ci (diabète)
- 2- Avoir pour langue maternelle le français et pouvoir lire et comprendre le français.
- 3- Être âgé entre 18 et 75 ans
- 4- Avoir suivi un programme de formation au centre depuis moins de 2 ans.

➤ **Les critères d'exclusion étaient :**

- 1- Avoir un problème de maladie mentale ou psychiatrique instable
- 2- Présenter un trouble cognitif.
- 3- Avoir suivi une formation au centre depuis plus de 2 ans.
- 4- Ne pas habiter à Saint-Jean-Sur-Richelieu.

*3.3.3.3 Description du plan d'analyse des données*

Les réponses à chaque question des huit dimensions ont été compilées dans un tableau Excel et revérifiées. Des analyses ont été faites à l'aide d'Excel, pour établir l'alpha de Cronbach de chaque dimension selon les recommandations du modèle HeiQ.

### **3.4 Analyse des données**

Une analyse de contenu a été effectuée; elle consiste à extraire l'information pertinente de l'ensemble des questionnaires effectués et l'importer par la suite dans le logiciel d'analyse avant d'être codé. Les différentes étapes de l'analyse des données qualitatives ont été effectuées avec l'aide du logiciel QDA Miner version 3.2 et sont comme suit : 1) la réduction, 2) la condensation et la représentation, et 3) l'interprétation.

Le logiciel QDA Miner s'avère particulièrement approprié pour réaliser une synthèse longitudinale d'un cas selon une démarche inductive (Van der Maren, 2008).

L'ensemble du matériel nous a permis de réunir une grande quantité d'informations sur les comportements des acteurs et leurs perceptions.

La démarche d'analyse employée a été de type hypothético-inductif, avec une construction originale de la catégorie (Mucchielli, 2009). Cette démarche permet au raisonnement analytique de se développer et de se déployer présentant une démarche itérative de co-construction de sens avec les participants, qui prend en compte la description, l'analyse et l'interprétation.

Dans l'optique d'appréhender l'action collective, une démarche de recherche se déroulant par étapes s'impose en quelque sorte d'elle-même. Ainsi, à partir des propos des répondants une première étape d'analyse a été d'identifier les grandes étapes de la mise en œuvre du modèle et les citations qui permettent de confirmer l'historique de l'évolution et brosser ainsi un portrait chronologique des moments charnières.

Cette première étape a été nécessaire afin de nous permettre d'esquisser les contextes d'action propres aux différents groupes d'acteurs interviewés.

L'identification et la description empirique de l'ensemble des comportements des acteurs qui ont cours durant chacune des étapes depuis le lancement du projet clinique jusqu'au lancement du CAIMC, se fait à partir des concepts proposés par Crozier et Friedberg (1977) : des concepts d'acteur, de ressource, de but, d'enjeu et de stratégie.

Le but a été de saisir certains aspects très pertinents au phénomène à l'étude et de les associer à ces concepts. Il s'agit de repérer les ressources que les acteurs détiennent ainsi que leurs buts et enjeux qui définissent le cadre dans lequel s'inscrivent leurs stratégies (Crozier et Friedberg, 1977). Nous avons utilisé à cet effet une codification mixte, ce qui signifie qu'une portion des

codes a été fondée sur notre cadre conceptuel et que de nouveaux codes émergent des données les ont complétés (Van der Maren, 2008).

La deuxième étape a été l'exploration des contextes d'action en identifiant les enjeux, afin de faire une analyse du comportement des acteurs dans le temps ainsi que les stratégies qu'ils déploient. Cette étape d'analyse avait pour but de déduire les enjeux qui sont en relation avec notre recherche, la contextualisation des comportements et les stratégies employées par les acteurs.

Une fois que les concepts de Crozier et Friedberg (1987) étaient jumelés à certains éléments de contexte, il a été possible alors de raisonner successivement au niveau stratégique et systémique.

D'une part, l'analyse stratégique permet de repérer, dans une situation donnée, les stratégies privilégiées par chacun des acteurs impliqués. D'autre part, l'analyse systémique consiste à repérer la manière dont les acteurs concernés régulent leurs relations, les mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner leur espace d'action collective.

Selon Crozier et Friedberg (1987), l'utilisation de ces deux modes de raisonnement permet de comprendre les articulations entre les jeux d'acteur, le système d'action concret et d'analyser les relations de pouvoir.

Les fréquents allers et retours entre l'analyse et la collecte de données nous ont permis par ailleurs de préciser progressivement les questions d'entrevues. Le matériel a été par la suite traité par des étapes de condensation et de construction de matrices et de graphiques, dans une

perspective processuelle, afin de préserver la séquence temporelle des événements et permettre de dégager des patrons (Miles et Huberman, 2003).

La rédaction de mémos interprétatifs nous a permis de concevoir des hypothèses qui ont été par la suite validées avec Dre Corbeil et par Mme Patenaude pour la rédaction de notre étude de cas.

Tout au long de notre collecte des données, nous avons eu trois rencontres de validation avec les deux acteurs clés et ma directrice de thèse. Ces rencontres nous ont permis de valider les informations sur le CAIMC, la chronologie de la mise en œuvre, ainsi que les acteurs impliqués. Elles ont ainsi permis de nous assurer de notre compréhension du projet.

### **3.5 Critères de qualité et limites de l'étude**

Durant la recherche, différentes stratégies ont été adoptées afin d'en assurer la rigueur tout au long du processus. Premièrement, au niveau de la métrologie de recherche, nous avons respecté une cohérence entre les objectifs de recherche et les choix méthodologiques en nous assurant dès le début de notre recherche d'inclure la directrice de recherche dans chaque décision qui a touché les choix méthodologiques, en faisant une prise de notes régulière dans le journal de bord méthodologique et par la suite préciser les objectifs de la recherche et apporter les précisions nécessaires au moment opportun.

En ce qui concerne la collecte des données et plus précisément les entrevues, elles étaient effectuées par le chercheur qui s'est assuré que les questions des grilles d'entrevues soient traitées de manière équivalente pour tous les répondants, par exemple en prenant le temps nécessaire pour reformuler les questions en cas de non-compréhension.

L'objectif du chercheur a été tout au long de ce processus très clair; il s'est assuré que les personnes interviewées comprenaient et a fourni des éclaircissements lorsque jugé nécessaire.

Ci-dessous, nous démontrons que des critères de qualité, à savoir l'objectivité, la crédibilité, la confirmabilité et le transfert des résultats, ont été pris en compte afin d'accroître la rigueur de notre recherche (Lincoln et Guba, 1985). En ce qui a trait à la confirmabilité, les procédures d'entrevues ont été respectées afin de recueillir et de traiter les données de la manière la plus ouverte, honnête et systématique possible (Crozier et Friedberg, 1977).

Par rapport à la collecte des données, nous avons mis en place une stratégie de sélection des participants très ciblée qui vise, en premier lieu, des informateurs qui possèdent la meilleure connaissance possible de l'objet de notre recherche, incluant le personnel actuel et passé qui a été impliqué dans le projet.

Nous avons ainsi multiplié les techniques de collecte de données (entrevues, observations, analyse de documents, de plans d'actions et de procès-verbaux) et avons sollicité la participation d'un maximum de témoins de cette période, tant à l'intérieur de la clinique du CAIMC qu'à l'extérieur.

Nous jugeons que la cueillette de données a été suffisante pour couvrir l'ensemble des aspects du phénomène étudié.

À l'étape du codage, après avoir établi un lexique de codification et stabilisé le système de codage, des stratégies de contre-codage ont été utilisées. Notre codage ainsi que notre analyse des données ont été discutés à maintes reprises avec notre directrice de recherche, ce qui fait en sorte que la crédibilité a été assurée (Lincoln et Guba, 1985).

Nous avons aussi tout le long du processus de la recherche adopté une façon de faire très franche avec la directrice de recherche en nous assurant d'avoir une discussion aux différentes étapes d'analyse afin de questionner les interprétations du matériel et la direction donnée aux analyses à venir et les angles à suivre dans le cadre de notre recherche.

La prise de notes dans le journal de bord a été nécessaire et les rencontres assez régulières avec la directrice de recherche nous permettaient de cadrer la suite des réflexions et d'améliorer immédiatement notre contenu.

Enfin, une des limites de notre étude concerne justement la transférabilité des résultats obtenus. Les acteurs seraient différents dans un autre contexte, mais le phénomène à l'étude est représentatif de ce qui se passe dans un tel contexte d'action. Il est donc important de prendre en considération le contexte et les groupes d'acteurs clés ciblés avant de procéder à une généralisation de notre recherche à un autre contexte.

### **3.6 Considérations éthiques**

Les procédures réalisées dans le cadre de cette étude se sont conformées aux exigences en matière d'éthique de la recherche telles qu'énoncées par Doucet (2002).

Avant de débiter, le projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation éthique des deux comités d'éthique de la recherche auxquels se rattache administrativement notre projet de recherche. Il s'agit de celui du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal (**N de certificat : 15-150-CERES-D**) et du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne du Centre intégré de santé et de service sociaux de la Montérégie-Centre sous la référence : **AA-HCLM-15-049** ainsi qu'une lettre d'entente avec le Centre intégré de santé et de

services sociaux de la Montérégie-centre. Les deux certificats d'éthique obtenus ainsi que la lettre d'entente sont insérés respectivement aux annexes 2,3,4 et 5.

En ce qui concerne les procédures spécifiques, les personnes qui ont été interrogées ont reçu par courriel les informations liées à leur participation à cette étude.

Notons qu'un formulaire de consentement a été expliqué, à l'oral et à l'écrit, et a été signé par tous les participants qui acceptaient de participer aux entrevues individuelles. Le formulaire de consentement présentait l'objectif du projet ainsi que les risques et les bénéfices associés à une participation à cette recherche (Patton, 2002)

L'annexe 6 présente le formulaire d'information et de consentement développé à cet effet et que les deux comités d'éthique ont approuvé. De plus, les personnes interviewées ont eu le choix de participer sans nécessairement être enregistrées. La confidentialité des entretiens a été assurée et la participation était volontaire et éclairée et l'anonymat des participants a été respecté lors de la transcription des entrevues et de la publication des résultats. Les participants ont été informés qu'ils étaient libres de mettre fin à leur participation sans qu'une justification leur soit demandée et sans préjudice aucun à leur endroit. Enfin, les enregistrements ont été détruits après la retranscription des entretiens.

## **Partie III Présentation des résultats**

L'objet de notre recherche est de comprendre et d'analyser les dynamiques associées à la mise en place d'un modèle organisationnel qui permet une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Ce chapitre comprend deux parties. Dans la première partie, nous présentons un récit chronologique des événements survenus depuis la phase de préimplantation jusqu'à la création du centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques CAIMC. Dans la deuxième partie, nous nous intéressons plus particulièrement au rôle des acteurs impliqués en termes notamment de pilotage, de relations entre les acteurs, d'interaction avec les institutions locales et nous faisons l'analyse des dynamiques professionnelles.

Par la suite, nous rapportons leur interprétation du modèle et de son impact sur leurs positions sociales en termes d'opportunités ou de menaces pour leur capital social. Quelles menaces y voient-ils? Quels bénéfices peuvent leur apporter ce changement? Représente-t-il finalement une menace pour leur bien-être au sein de l'organisation et pour leurs positions sociales?

## **Chapitre 4 : Récit descriptif et chronologique de la préimplantation du CAIMC (2006-2013)**

Le présent chapitre décrit de façon chronologique l'évolution de la mise en place du modèle de prise en charge des maladies chroniques depuis le début du suivi systématique, issu du projet clinique en 2006 jusqu'à la création et le lancement de la clinique CAIMC en septembre 2014. Ce récit détaillé s'échelonne sur une période de huit ans au cours de laquelle les acteurs ont entrepris des démarches pour mettre en place le CAIMC. Cette présentation chronologique des événements nous permettra de suivre la nature des obstacles et le rythme de la progression des solutions qui ont marqué l'histoire de cette mise en œuvre.

### **4.1 La Loi 25 et la création du CSSS Haut-Richelieu-Rouville**

La réforme du système québécois de santé et de services sociaux de 2005<sup>3</sup> a eu un impact dans la région avec la mise en place du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS). Cette mise en place vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés afin d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population du territoire (LSSSS<sup>4</sup> art 99.3 et 99.6). À cet effet, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) jouent un rôle de premier plan pour coordonner les services sur le territoire (LSSSS art 99.4) et pour animer les collaborations du réseau avec les partenaires intersectoriels ayant un

---

<sup>3</sup> Loi 25 (2003) : Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

<sup>4</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi SSSS)

impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation (LSSSS art. 99.5)

La loi mandatait les agences régionales de définir l'organisation régionale et la délimitation géographique des territoires constituant les réseaux locaux de services (RLS). C'est en 2004 que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM, 2012) a d'abord créé les Réseaux clinico-administratifs (RCA), sous la gouverne du comité de coordination stratégique de la Montérégie. Ces réseaux étaient composés de représentants cliniques et administratifs des établissements concernés par un continuum d'interventions et de ressources de l'agence. L'adoption de la Loi 25 « *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003* » s'est avérée l'amorce d'une transformation majeure au niveau de la région et dans l'organisation des services de santé et de services sociaux. Les nouvelles agences ont eu pour mission de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services.

Les plans d'action et les orientations qui en découlent seront pris en compte dans les travaux d'élaboration du projet clinique. La liste des orientations régionales des réseaux clinico-administratifs de la Montérégie comporte plusieurs volets, dont celui des maladies chroniques<sup>5</sup>. Cette nouvelle étape visait à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux.

---

<sup>5</sup> Les orientations du RCA Santé physique – maladies chroniques : *1-Le suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques. 2-L'accessibilité à des programmes de réadaptation et d'enseignement axés sur la responsabilisation.*

Des orientations ministérielles ont été adoptées afin de préciser les balises encadrant cette démarche. Le projet de Loi 83 qui a suivi « Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives » a précisé des éléments relatifs à la gouverne, à la gestion de la qualité ainsi qu'à la circulation de l'information. Les articles 99.2 et 99.3 définissent le réseau local de services de santé et de services sociaux et précisent sa raison d'être à savoir :

*« La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. »  
(annexe 7)*

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

Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS, avec les partenaires de leur réseau local de services, doivent d'abord définir un projet clinique et organisationnel qui doit être axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services. Pour mieux s'approprier le passage d'une logique axée sur les services à une logique axée sur la responsabilisation vis-à-vis la population d'un territoire et l'exercice de la responsabilité populationnelle, le cadre de référence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) expose de manière explicite et transparente les choix retenus pour que les finalités annoncées deviennent réalité.

Dans ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit des documents proposant des approches, des modèles cliniques constituant le cadre de référence du projet clinique et organisationnel (ministère de la Santé et des Services sociaux., 2004). Le cadre de référence décrit les responsabilités du CSSS par rapport au projet clinique, ainsi que le territoire du réseau local de services et les caractéristiques de la population. Il identifie les partenaires qui y sont associés, définit le fonctionnement de la démarche, précise les engagements et les attentes de l'organisation et énonce les éléments clés du plan de communication. Les articles de loi pertinents au développement du projet clinique sont joints en (annexe 7).

#### 4.1.1 Les partenaires du réseau local de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville

Le réseau local est composé de plusieurs partenaires incluant un hôpital, des établissements privés (résidences privées pour personnes âgées et un CHSLD privé, non conventionné), des organismes communautaires, des centres de réadaptation, des centres jeunesse, des pharmacies, des partenaires de l'éducation et des cliniques médicales.

Ces partenaires sont invités à collaborer à la suite du projet de loi 25 au développement du projet clinique en participant aux tables de continuum mises en place pour des clientèles spécifiques. Chaque membre contribue, en tant que représentant de son champ d'activités, à rendre accessible la gamme complète de services, à réviser les modes d'organisation des services et à identifier les contributions attendues des partenaires. Ainsi, bien que la coordination du projet clinique soit confiée au CSSS du Haut-Richelieu-Rouville, sa réalisation se base essentiellement sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires et sur leur motivation à s'investir dans ce projet clinique.

Par ailleurs, dans les prochaines pages, il sera notamment question de la mobilisation des acteurs impliqués en diabète au sein du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville dans la recherche de nouvelles voies pour enrichir le système de coordination des actions des professionnels autour du parcours de soins des patients. Cette mobilisation a favorisé l'émergence de certaines initiatives. Notons à titre d'exemples le suivi systématique des patients au niveau de la clinique du diabète du CLSC, la mise en place d'un projet pilote au sein de l'Hôpital du Haut-Richelieu de suivi des patients hospitalisés ainsi que la coordination des ordonnances collectives sur l'ensemble du territoire et, finalement, le déclenchement d'une dynamique collaborative pour accompagner les médecins et les infirmières au sein du réseau des GMF nouvellement implantés.

#### **4.2 Les principes guidant la démarche du projet clinique du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville**

Le lancement du chantier<sup>6</sup> contre le cancer et les maladies chroniques avait permis à l'équipe du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville d'amorcer les travaux pour la mise en place d'un suivi systématique des patients diabétiques avec une prise en charge dès l'arrivée de l'utilisateur dans les diverses installations du CSSS. Le constat de départ portait sur les trois points suivants :

1. Enseignement structuré et de qualité à la Clinique diabète au CLSC Vallée des Forts.
2. Enseignement fait selon la disponibilité de l'intervenant du CSSS et du CLSC Richelieu.
3. Disparité dans l'enseignement et le suivi du patient selon le point d'entrée dans le CSSS

---

<sup>6</sup> Rapport clinique Réseau local Haut-Richelieu-Rouville 2008-2013, De l'union des gouttes d'eau naissent les océans. Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville, 2009

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville et les partenaires du réseau local de services ont amorcé à l'automne 2006 les travaux relatifs au projet clinique<sup>7</sup>.

Ce projet d'envergure visait l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de santé et des services sociaux pour la population de son territoire. Les activités liées à ce projet clinique se sont déroulées avec la mobilisation et l'implication soutenues des membres des comités de travail et des chantiers pour la réalisation des travaux prévus tout au long de la démarche (annexe 8).

C'est ainsi que le CSSS et les partenaires du réseau local de services ont lancé plusieurs chantiers, dont celui qui concerne notre recherche à savoir « le chantier lutte contre le cancer et les maladies chroniques ».

Par la suite, le Réseau clinico- administratif (RCA) a mis en place en 2011 un Groupe de travail maladies chroniques RCA Santé physique, composé des membres actifs en provenance de divers établissements du réseau et de l'Agence (annexe 11), qui a travaillé sur l'organisation des services.

Son mandat a été d'élaborer un cadre de référence pour favoriser la mise en œuvre du suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques en Montérégie.

Le RCA santé physique s'est préoccupée de plusieurs sujets en lien avec la santé physique chez les adultes, dont les maladies chroniques. C'est ainsi que le suivi systématique des clientèles

---

<sup>7</sup> *ibid*

atteintes de maladies chroniques<sup>8</sup> a été l'orientation retenue en lien avec les maladies chroniques.

Dès lors, il a été prévu par les membres du comité de prendre en considération à la fois les composantes organisationnelles et cliniques pour toute implantation, ainsi que l'adoption d'une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques afin d'atteindre les objectifs ciblés d'accessibilité et de continuité de services de santé et de services sociaux.

Premièrement, le groupe de travail a procédé à la réalisation d'une collecte de données, qui s'est terminée en avril 2008 auprès de tous les établissements de la Montérégie. Elle a été faite par le biais d'un questionnaire autoadministré auprès des établissements en lien avec la problématique du diabète. L'analyse de cette collecte avait permis de faire certains constats présentés à l'annexe 12. Parmi les maladies chroniques, il a été convenu de débiter par le diabète, la démarche mise en place s'est faite en plusieurs phases.

Deuxièmement, le groupe de travail avait priorisé certains éléments comme les centres d'enseignement du diabète en vue de réaliser une cueillette d'information permettant de faire un état des lieux. Cette revue a permis de mettre en évidence que certaines données probantes manquaient au niveau de l'organisation des services dans la région. D'où le besoin de s'informer sur les travaux des autres régions afin d'alimenter les réflexions des décideurs quant à l'organisation des services intégrés en première ligne pour les usagers adultes atteints de diabète.

---

<sup>8</sup> Rapport clinique Réseau local Haut-Richelieu-Rouville 2008-2013, de l'union des gouttes d'eau naissent les océans. Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville, 2009

Le groupe de travail a recommandé la mise en place d'un comité de coordination local des maladies chroniques dans chaque RLS.

**Recommandation 4<sup>9</sup> :**

*« Dans un souci d'optimisation des ressources et de mieux desservir le patient souffrant de multiples pathologies, les CSSS pourraient envisager de mettre en place un seul centre d'accompagnement sur le territoire du Haut-Richelieu et d'intervention en maladies chroniques (CAIMC), avec un tronc commun, en lien avec l'alimentation et l'activité physique ainsi que des spécialités liées à la pathologie chronique (diabète, MPOC, maladies cardiovasculaires...). » (Groupe de travail maladies chroniques RCA Santé physique, 2012)*

Par la suite, chaque comité de travail a dû identifier les cibles prioritaires avec la recommandation de retenir un nombre de dix cibles dont cinq prioritaires. Les membres des comités de travail devaient expliquer les raisons ayant justifié leur choix et transmettre les informations et les recommandations des différents chantiers en suivant les paramètres préétablis.

Selon les données publiées par l'Institut national de santé publique du Québec (2009), la courbe est ascendante pour la population âgée de 20 ans et plus avec une prédominance manifeste auprès de la clientèle masculine. Ce graphique démontre que le diabète est sur une courbe croissante au Québec, et ce, depuis 1999-2000.

---

<sup>9</sup> Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie **Groupe de travail maladies chroniques RCA Santé physique** 23 novembre 2012.

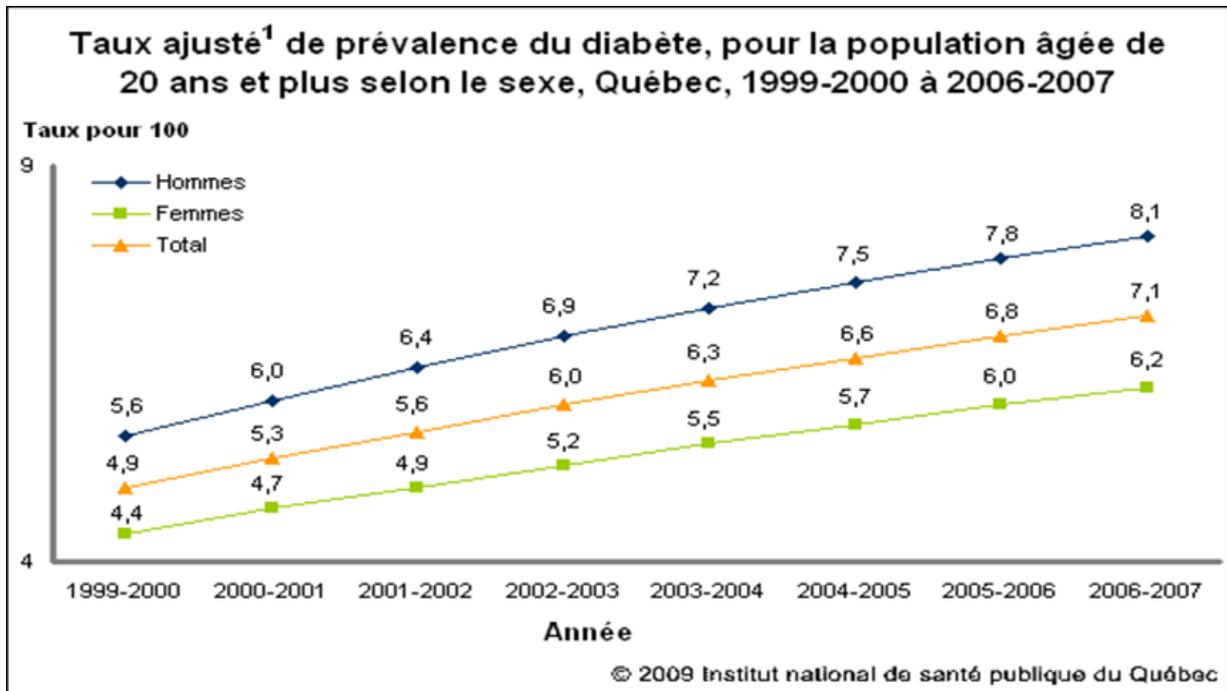
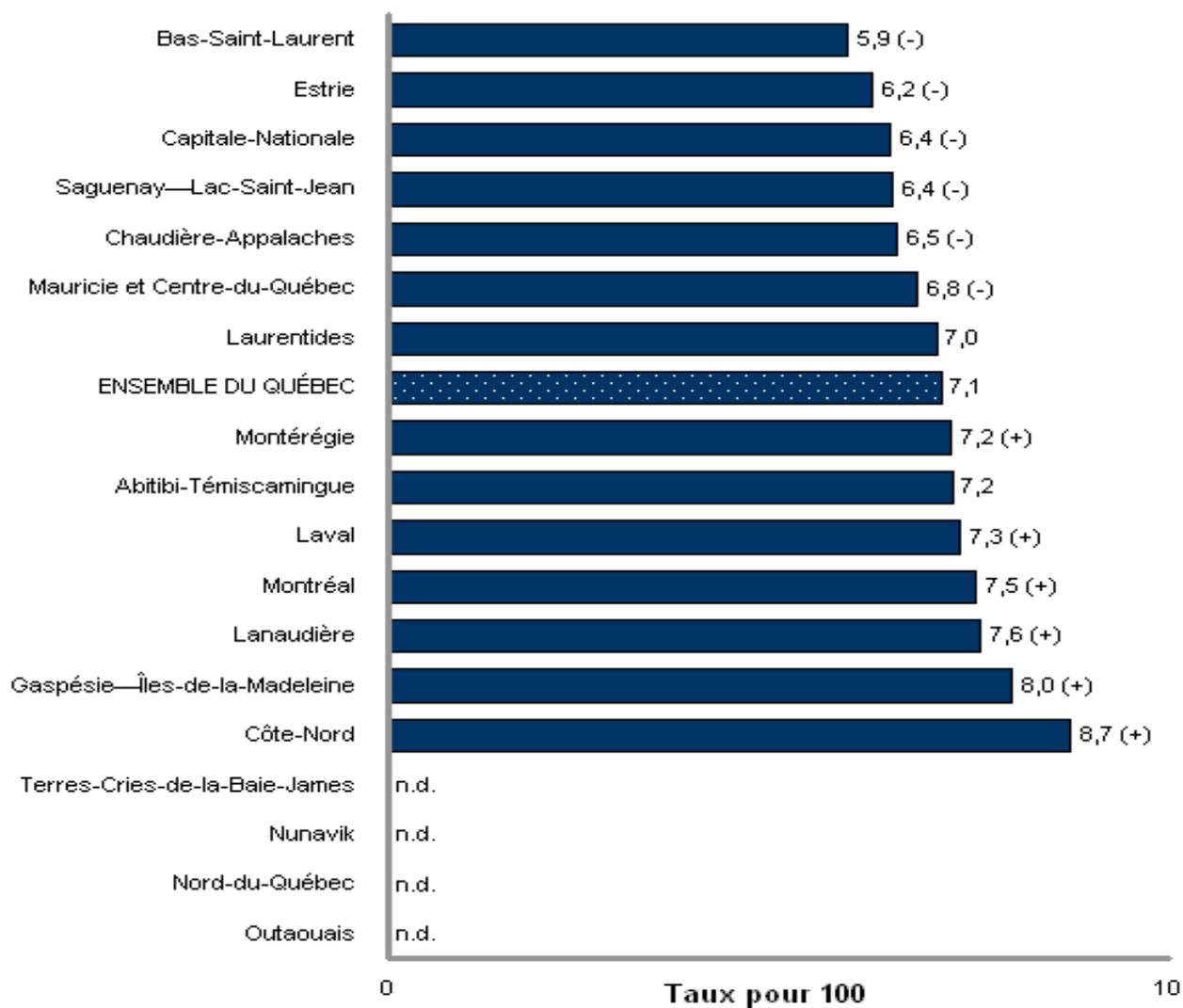


Figure 2. - Taux ajusté de prévalence du diabète, pour la population âgée de 20 ans et plus selon le sexe

En ce qui concerne le territoire de la Montérégie, le taux de prévalence pour la population âgée de 20 ans est de l'ordre de (7,2 %), un peu plus élevé que le Québec (7,1 %).

### Taux ajusté<sup>1</sup> de prévalence du diabète, pour la population âgée de 20 ans et plus, régions et Québec, 2006-2007



© 2009 Institut national de santé publique du Québec

Figure 3. - Taux ajusté de prévalence du diabète pour la population de 20 ans et plus selon la région

#### 4.2.1 Projet clinique du réseau local Haut-Richelieu-Rouville

##### 4.2.1.1 Une clinique de diabète ancrée dans le territoire depuis 1993

La première clinique de diabète dans la région a vu le jour dans le CLSC Vallée des Forts en 1993 sous la responsabilité de « L’infirmière 1 ». Au début, c’était un point de service à Venise-en-Québec et par la suite la clinique a déménagé à Saint-Jean-sur-Richelieu à la suite de la proposition du directeur général. L’infirmière responsable de la clinique nous confiait d’ailleurs que :

*« Il faut le faire à l’ensemble du CSSS. », du CLSC dans ce temps-là. Fait qu’ils nous ont rapatriés ici à Saint-Jean, puis on a élaboré, mais comme on n’avait pas de médecin référent dans notre boîte ici, c’était ... Il fallait aller aviser les médecins qu’on offrait le service. » [INFIRMIÈRE 1]*

Dans ces années, l’équipe a dû faire plus d’effort pour la promotion de la clinique, mais aussi démontrer aux médecins qu’ils peuvent leur faire confiance.

*« Ils n’avaient pas nécessairement confiance en une infirmière puis une nutritionniste, pour faire l’enseignement sur le diabète. » [INFIRMIÈRE 1]*

Ce point de service faisait face à des défis organisationnels comme l’absence d’une nutritionniste et le manque d’outils de formation pour les patients :

*« On n’avait même pas de nutritionniste, puis c’est avec deux médecins, docteur X, docteur Y, on a rencontré le DG, le directeur général à ce moment-là. Puis on a demandé un peu de sous pour être capable de faire de la prévention, de l’enseignement en fait... Pas nécessairement de la prévention, mais c’était de l’enseignement, ... J’ai travaillé en santé courante, et je voyais de patients diabétiques toujours revenir voir le médecin pour des soins de plaie, des ajustements d’insuline, ils ne comprenaient pas, ils n’avaient pas d’enseignement du tout. Puis comme on n’avait pas de nutritionniste non plus, la base du diabète n’était pas faite non plus. C’était plus difficile, il fallait aller en privé pour les services de nutritionnistes. Les patients n’avaient pas d’argent pour se payer ça, donc on a monté un programme pour aller se chercher une nutritionniste, puis pour commencer de l’enseignement là à la base. » [INFIRMIÈRE 1]*

Au fil du temps, plusieurs autres médecins, infirmières, nutritionniste se sont joints à l'équipe et c'est en 2005 que la clinique a eu son agrément de Diabète Québec.

Le 11 octobre 2006 marquait le début officiel des travaux du comité de travail des maladies cardiovasculaires/diabète/insuffisance rénale<sup>10</sup>. La rencontre a été lancée sous le leadership du service à la qualité et aux relations avec la clientèle. De nombreuses organisations passent ainsi d'une structure hiérarchique traditionnelle à un système davantage axé sur l'équipe afin de pallier la complexité grandissante des tâches (Zaccaro, Rittman et Marks, 2001).

Le but était d'amorcer les travaux du chantier de lutte contre le cancer et les maladies chroniques tout en adoptant une approche populationnelle. Les membres avaient aussi le mandat d'analyser la gamme des services offerts au sein du réseau local et de présenter ainsi les principaux enjeux et préoccupations liés au chantier.

Tout au long des travaux du comité, de nouveaux membres ont été convaincus de l'urgence d'agir et de se joindre à l'initiative pour la suite des travaux. On cherchait ainsi à assurer une représentativité optimale des différents intervenants et partenaires du réseau local.

Ce groupe d'acteurs liés à la mise en place d'un chantier de Lutte contre le cancer et maladies chroniques était graduellement en train d'ancrer certaines croyances et images pour une compréhension collective, un acteur nous disait « *pour que la région de St-Jean contrôle mieux ses activités en lien avec les maladies chroniques* ».

---

<sup>10</sup> Procès-verbal de la rencontre du 11 octobre 2006 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

Les membres donnaient donc un sens à ce projet de changement et cela permettait ainsi aux acteurs impliqués dans la région de s'interroger collectivement sur les manières avec lesquelles ils devaient tous agir et surtout travailler pour un but commun à savoir l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de la coordination des services.

Crozier et Friedberg (1987) qualifient ce processus de construit organisationnel. Afin de faire émerger un tel construit, l'acteur est stratégique dans la mesure où il utilise sa marge de manœuvre et recherche la rationalité dans les contraintes organisationnelles.

Parmi les préoccupations et enjeux soulevés par les membres du chantier sont<sup>11</sup> :

➤ **Profil populationnel**

- Des liens sont notés en regard des problèmes de diabète et d'insuffisance rénale.
- Présence d'un lien entre le niveau de scolarisation et la pauvreté. Cette clientèle présente généralement des difficultés à se prendre en charge

➤ **Gamme de services offerts au sein du réseau local**

- Occurrence de situations où la clientèle du territoire s'est vue refuser l'accès à des services de première ligne dans un CLSC hors du territoire.

➤ **Principales préoccupations**

- Absence d'une clinique de suivi, relance dans la région pour les maladies chroniques.

---

<sup>11</sup> *ibid*

- Préoccupations quant aux futurs candidats à des maladies chroniques, il faut penser à la prévention.

L'importance de prendre en considération les besoins de la population du territoire a conduit à la réalisation entre octobre et décembre 2006<sup>12</sup> et janvier 2007<sup>13</sup> d'une consultation de la population par la tenue de neuf rencontres au sein des municipalités du territoire du Haut-Richelieu. Les différentes rencontres ont permis de rejoindre les citoyens des municipalités du territoire en les regroupant selon leurs caractéristiques communes. Près de 225 personnes ont participé aux rencontres de consultation de la population, le nombre de personnes présentes variant de 6 à 49 selon les rencontres.

Les principales préoccupations soulevées lors des consultations réalisées au sein des municipalités du territoire avec la population sont<sup>14</sup> :

- Disponibilité inégale des cours sur le diabète au sein du territoire.
- Besoin d'information sur les maladies chroniques et les problèmes de santé associés.
- Disponibilité des services de radio-oncologie et arrimage avec les services spécialisés hors du territoire.

---

<sup>12</sup> Procès-verbal de la rencontre du 7 décembre 2006 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

<sup>13</sup> Procès-verbal de la rencontre du 16 janvier 2007 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

<sup>14</sup> Rapport clinique Réseau local Haut-Richelieu-Rouville 2008-2013, de l'union des gouttes d'eau naissent les océans. Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville, 2009

- Soutien psychosocial requis et disponibilité de groupes de soutien.
- Satisfaction à l'égard des services de soins palliatifs et des suivis systématiques (insuffisance cardiaque, MPOC, etc.) lorsque disponibles.

L'arrivée de Dre Marie-Andrée Corbeil en 2007 dans le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville a donné un nouveau souffle à l'équipe impliquée dans le suivi du diabète que ce soit au niveau de l'équipe des soins infirmiers :

*« Puis là je suis allée chercher le docteur Corbeil, parce qu'elle, elle était jeune. Nous on s'est dit : « Ça vaut la peine peut-être de créer des choses avec elle. ». Elle était dynamique et tout ça, fait qu'elle est rentrée avec nous, puis elle a embarqué dans ce projet-là. » [INFIRMIÈRE 1]*

Ou bien au niveau de l'équipe du département de la pharmacie :

*« On se rendait compte qu'il y avait un problème de santé important, puis il n'y avait personne pour le traiter. Ou il y avait quelqu'un, mais il n'était pas assez de joueur pour réussir à faire le bassin. T'sais en diabète c'est un méchant gros bassin. Mais je te dirais que le premier besoin, c'était vraiment en jasant avec docteur Corbeil. » [PHARMACIENNE 1]*

Le même sentiment a été partagé par Dre Corbeil en tant que spécialiste nouvellement impliquée dans le territoire.

*« J'ai besoin d'un défi. Donc là, j'avais rencontré **INFIRMIÈRE 1**, qui était au centre de diabète de Saint-Jean, puis étant donné que j'adorais le diabète, c'est sûr que ça m'a tenté de m'impliquer là-dedans, puis de voir un peu ce qui avait été fait. Qu'est-ce qui avait fonctionné ou pas fonctionné? Puis il y a aussi le fait que je constatais que nos demandes d'évaluation d'endocrino étaient extrêmement de base hein! Donc en diabète, les médecins de famille n'amorçaient même pas d'insuline basale, il y a des patients qui attendaient entre 2 et 4 ans pour se faire prescrire une insuline basale. Donc c'était vraiment terrible! Je trouvais. Donc j'ai voulu aller voir ce qu'on pouvait améliorer de ce côté-là. Je continue. »*

Le constat de la situation de la prise en charge des maladies chroniques a été unanime entre les acteurs impliqués. Au niveau des urgences, la situation a été aussi compliquée avec la présence de patients souffrant de symptômes liés au mauvais contrôle du diabète tels que l'hypoglycémie,

l'hyperglycémie ainsi que des taux élevés d'hémoglobine glyquée. Le manque de ressources a été aussi un des éléments, nous confiait une pharmacienne à l'Hôpital du Haut-Richelieu :

*« ... en jonglant avec cette situation-là, nous on le savait aussi au département de pharmacie en 2006 là, mais c'est la même chose, on n'est pas 22, on est 6, 7 pharmaciens à cette époque-là. Nous autres aussi, il y a un manque de ressources. Puis comme c'était une maladie chronique puis qu'elle pouvait être traitée en externe, on s'est dit que nous on n'y arriverait pas de faire ça tout seul, qu'il fallait se trouver des partners là-dedans si on voulait vraiment réussir à faire du bien dans le fond, à la population. Parce qu'on les voyait les patients arriver à l'urgence. Quand on a commencé vraiment à avoir un pharmacien à l'urgence à temps plein, il y en avait déjà un dans ces eaux-là, mais dans ces années-là, on se questionnait sur c'était quoi la pertinence clinique? C'était quel type de patients qu'on devait suivre? Parce que quand il y a 60 patients à l'urgence, je ne peux pas tous les suivre. Fait que lesquels je devrais suivre en premier. Puis ça revenait beaucoup des patients avec une hémoglobine glyquée à 14, 15, 20. » [PHARMACIENNE 1]*

En ce qui concerne les patients hospitalisés, il y avait beaucoup de retard, au niveau de la prise en charge.

Dre Corbeil faisait le constat suivant :

*« Des gens qui se retrouvaient à l'hôpital et qui n'auraient pas dû se rendre là, s'ils avaient été bien suivis à l'extérieur, en externe. Donc moi, je me suis dit : « On va essayer de prévenir tout ça en allant chercher des bras, des gens intéressés, intelligents dans différents milieux, qui peuvent collaborer tous ensemble pour prévenir... »*

Dès le début du projet, Dre Corbeil mentionne sa volonté de partager son pouvoir avec les autres professionnels et c'est ainsi qu'elle comprend son rôle dans une perspective de partage de pouvoir et de collaboration pour la prévention. Selon ses dires :

*« je n'ai aucun pouvoir sur eux. C'est du peer to peer. Donc il faut que je les convainque que c'est la bonne affaire... »*

Un autre constat a été le mauvais ajustement des médicaments et le fait que des patients reviennent aux trois mois :

*« Des diabétiques type 1 qui venaient aux trois mois, parce qu'ils n'avaient pas un suivi adéquat pour eux. Parce qu'on était débordés. On ne pouvait pas tous les suivre d'une façon optimale. Donc le diabète, c'est une maladie chronique donc quand tu n'as pas un suivi régulier, rigoureux avec les bonnes ressources, bien ça donne des hospitalisations trop fréquentes, des gens qui venaient en hypoglycémie. Des médicaments mal ajustés, selon la fonction rénale. Des tonnes de trucs aigus qu'on aurait pu éviter, je suis convaincue. Je n'ai juste pas fait de statistiques pour prouver ça. Mais c'était nettement l'état des choses quand je suis arrivée là, donc... »*

Enfin, en ce qui a trait à la haute direction du CSSS, le déploiement de l'équipe et les budgets ont été alignés avec la stratégie de la prise en charge des maladies chroniques. D'ailleurs un

**gestionnaire 1** nous confiait que :

*« ... je vous dirais que dans la fluidité on a eu la chance d'avoir une gestionnaire, une DGA qu'on avait, une directrice générale adjointe, on avait madame C, c'était cette personne-là au début que la docteure Corbeil voulait vous référer. Parce que c'est un petit peu avec elle qu'on a vu un plus grand niveau de déploiement au niveau de notre équipe. Elle nous a dédié des budgets, elle nous a dédié aussi des locaux dans l'implantation. Je vous dirais que mon niveau de facilité à mettre des choses en place est beaucoup quand l'ensemble de la hiérarchie est aligné avec les maladies chroniques. Ça veut dire niveau DG, DGA, coordo, moi, qu'on est bien aligné, puis avec madame C, on était très, très bien alignés. C'est là qu'on a vu arriver des ajouts de ressources dans nos secteurs, elle nous les a dédiés à nous, elle aurait pu les dédier ailleurs. Elle nous les a dédiés à nous. » [GESTIONNAIRE 1]*

En octroyant un budget spécial pour soutenir ce projet pilote, l'organisation prend un risque qui favorise l'apprentissage et permet ainsi de développer la confiance des acteurs impliqués, notamment dans le processus décisionnel et de gestion. Nous pouvons considérer que cet événement représente un élément important du processus d'apprentissage organisationnel. Une stabilisation des ressources, incluant la disponibilité de locaux, a par la suite permis la continuité des activités et leur pérennisation (Pluye, Potvin et Denis, 2000).

Fort de ce sentiment de mobilisation dans la Montérégie, l'équipe impliquée en maladies chroniques au niveau de la région du Haut Richelieu a commencé son travail afin d'identifier les priorités d'action pour assurer une meilleure gestion des soins des grands consommateurs

(maladies chroniques) et organiser l'offre de soins en collaboration avec plusieurs intervenants. Il a été convenu de débiter par le cheminement de la clientèle diabétique<sup>15</sup>.

En appuyant cette volonté du changement au sein de l'équipe, l'organisation a contribué à la création d'un jeu nouveau, en changeant les règles pour permettre le cheminement de l'innovation. Comme le soulignent Crozier et Friedberg (1977, p. 343) : « *Si donc il est si difficile de changer, c'est-à-dire d'élaborer ou d'inventer un jeu nouveau, c'est que les acteurs sont prisonniers des systèmes d'action.... En dehors desquels ils ne peuvent maintenir une capacité suffisante* ».

#### 4.2.2 La naissance du « suivi systématique » dans le réseau local

En 2009, l'équipe du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, composée de Dre Marie-Andrée Corbeil, Mme Ginette Patenaude en tant qu'infirmière clinicienne et une nutritionniste, a déployé une stratégie de soins interdisciplinaires centrée autour du patient diabétique.

L'équipe responsable voulait répondre à la problématique de prévalence croissante du diabète et la pénurie des ressources professionnelles du réseau de la santé, en mettant en place un continuum de soins cliniques dans leur réseau local, en utilisant les mêmes outils et en diffusant le même enseignement à la population diabétique du territoire, d'où est né le projet « **suivi systématique** ».

Cela est en fait la pérennisation des innovations générées par le projet pilote au sein de l'organisation. Cette pérennisation est décrite dans la littérature sous plusieurs concepts, comme

---

<sup>15</sup> Procès-verbal de la rencontre du 23 octobre 2006 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

l'appropriation, l'incorporation et l'institutionnalisation (Bracht et coll., 1994; Chevalier et O'Loughlin, 1997). Autrement dit, une intervention est pérenne si ses activités essentielles se maintiennent après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes (Pluye, Potvin et Denis, 2004).

#### *4.2.2.1 Objectif du projet*

L'objectif de l'équipe responsable a été de démontrer qu'une stratégie de soins interdisciplinaires centrée autour du patient avec un suivi systématique peut augmenter l'efficacité et l'efficacé des soins ainsi que les résultats cliniques basés sur les indicateurs de la maladie, tout en s'assurant que les patients ont accès à un suivi approprié afin de détecter et de gérer toute complication liée au diabète par une meilleure autogestion. Les objectifs du programme de soins liés au diabète visent à aider le patient à atteindre des taux de glycémie permettant d'avoir un bon contrôle; les patients doivent intégrer la gestion de leur diabète dans leurs activités quotidiennes.

Le but a été d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins de la clientèle diabétique en offrant un service d'enseignement uniforme et de qualité pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète.

#### *4.2.2.2 Établissements impliqués du réseau local*

L'équipe responsable était basée au CLSC de la Vallée des Forts et le réseau local était composé entre autres de l'Hôpital du Haut-Richelieu et du CLSC de Richelieu.

#### *4.2.2.3 Clientèle et population visée*

La clientèle visée dans le cadre de ce projet clinique visait les usagers atteints de diabète (Type 1, Type 2 et gestationnel). Par rapport aux critères d'inclusion, le projet clinique visait les diabétiques nouvellement diagnostiqués, présentant une glycémie marginale, une intolérance

au glucose, diabétiques avec glycémies déstabilisées et les usagers vus dans toutes les installations du CSSS incluant leurs proches lorsque c'est nécessaire.

Par ailleurs, voici ce que nous confiait une pharmacienne qui relate les critères d'inclusion de la clientèle visée :

*« On voulait savoir combien il y en avait. Parce qu'on s'était dit : « Ah! il doit y en avoir... ». Je ne sais pas, on avait... Notre premier critère, c'était les hémoglobines glyquées en haut de 10. C'était revenu qu'il y avait plus que 1 000 patients! »*  
**[PHARMACIENNE 1]**

Le nombre de patients a été tellement élevé qu'au niveau de la pharmacie on a décidé d'augmenter le taux d'inclusion :

*« Là on a dit : « Bien on va mettre... ». On a dit : « on va mettre 15. ». Bien on était encore à 800 patients. »*  
**[PHARMACIENNE 1]**

*« On avait pris dans notre petite population de Saint-Jean. En généraliste ou à l'urgence, peu importe. Parce qu'on avait fait un projet à l'urgence, pour savoir combien qu'il y en a. On en trouvait beaucoup. Puis là on voulait faire... On les voyait tous à l'urgence ou s'il y en avait d'autres ailleurs? Il y en avait d'autres ailleurs! Les 800 patients avec des hémoglobines glyquées plus haut que 15, c'était pour la Ville de Saint-Jean-sur-Richelieu. Ok. Fait que c'était colossal là. »*  
**[PHARMACIENNE 1]**

Même situation au niveau des CHSLD de la région :

*« Puis on avait regardé nos mesures en CHSLD, où là on n'était pas vraiment mieux, parce qu'on n'arrivait même pas à suivre notre propre clientèle hébergée. De la bonne façon optimale, non plus. »*  
**[PHARMACIENNE 1]**

#### 4.2.2.4 Mode de fonctionnement

Le mode de fonctionnement émergeant place en son centre la relation patient-infirmier. L'ensemble de la structure organique et fonctionnelle a pour but premier d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins à la clientèle diabétique du CSSS Haut-Richelieu-Rouville dans un objectif de continuum de soins intra et post hospitalier.

Au niveau des soins infirmiers, le questionnement sur l'enseignement est devenu une priorité :

*« Bien en fait pour le modèle des maladies chroniques, qu'est-ce qu'on fait? On donne l'enseignement de base, qu'est-ce qu'on donne comme enseignement de base? On a élaboré ce qui était prioritaire. Ensuite le restant est arrivé après. Combien de suivi ça peut prendre? Combien... Qui doit voir qui? Quels patients on voit en priorité? T'sais la priorisation ensuite quels patients qu'on peut référer plus en GMF? Que ceux qui doivent venir ici ou à l'urgence? On a comme fait un déblayage ou un ... Je ne sais pas comment tu peux appeler ça? Mais un nettoyage pour clarifier beaucoup plus, puis on a descendu comme une pyramide, en fait, c'est ça. » [INFIRMIÈRE 1]*

Par ailleurs, Dre Corbeil nous confiait que pour elle offrir un service d'enseignement uniforme et de qualité, qui tienne compte des besoins d'apprentissage de l'utilisateur, et en améliorant la qualité de vie des personnes atteintes de diabète avec un suivi de l'acquisition des connaissances sur la maladie, est une nécessité :

*« C'est primordial que le patient soit autonome puis tout l'enseignement qui a été élaboré, l'enseignement systématique... De donner des documents sur comment ajuster l'insuline. De les diffuser. Je pense qu'à la base c'était ça. Puis moi je me disais, si les patients étaient autonomes, bien ils iraient moins souvent à l'hôpital. »*

Bien entendu, ce projet vise à optimiser le plan thérapeutique de la personne diabétique par l'enseignement prioritaire, favoriser son autonomie par l'acquisition de connaissances et d'habiletés techniques lui permettant, de façon sécuritaire, de demeurer ou retourner dans son milieu de vie et diminuer le pourcentage de réhospitalisation.

Au cœur de ce processus se trouve les deux acteurs clés de l'approche systématique, le patient et l'infirmière impliquant :

- a) Pour le patient, d'améliorer sa qualité de vie ainsi que la prise en charge de la qualité des soins qu'il reçoit tout en favorisant son autonomisation par l'acquisition de connaissances et d'habiletés techniques diminuant ainsi le pourcentage de réhospitalisation.

- b) Pour l’infirmière, d’accompagner le patient dans sa démarche en évaluant ses besoins, en démystifiant la maladie et en l’informant des ressources disponibles.

Par ailleurs, au cœur du Projet clinique de suivi systématique, on vise l’application d’une approche proactive qui requiert la réduction des délais de prise en charge par une intervention précoce auprès de la clientèle, la diminution de l’anxiété vécue par les patients lors de l’annonce d’un nouveau diagnostic ou d’une complication liée au diabète, l’établissement d’une meilleure collaboration entre les différentes ressources du milieu et l’exigence d’assurer un processus continu de soins pour l’usager dans le réseau.

En ce qui a trait à l’établissement d’une meilleure collaboration entre les acteurs, force est de constater que plusieurs fonctions sont proposées à plusieurs niveaux de l’architecture démontrant une lecture qui tient compte des portes d’entrée des usagers dans le système.

Dans ce sens, l’équipe responsable a mis en place un mode de fonctionnement qui tient compte de la porte d’entrée à savoir, l’Hôpital du Haut-Richelieu et le CLSC.

*« Bon, quand on a eu fait notre constat de situations, après ça, on s’est demandé c’était quoi les outils qui pourraient nous aider? Puis qui pourrait nous aider. Puis c’est là qu’on avait dit : « Bien les infirmières de GMF. Ou des infirmières de clinique. ». Parce que là, on n’est pas encore tout à fait des GMF encore. Mais il y a des cliniques puis il y a des infirmières. Qu’est-ce qu’elles font ces infirmières-là dans ces cliniques? Est-ce qu’elles peuvent nous aider? Puis est-ce que le pharmacien communautaire pourrait nous aider aussi? Là on est en transformation, dans les GMF, mais ils ne sont pas tous arrivés... quand on commençait à faire ça. Puis là, c’est là qu’on est allés recruter G. On s’est trouvé une pharmacienne pour vraiment travailler sur les outils. Maintenant qu’on avait une idée du portrait, on a dit : « Bien on pense à avoir une ordonnance collective »*  
**[PHARMACIENNE 1]**

En ce qui concerne l’hôpital, le suivi se fait à la réception d’une référence, au dépistage de la clientèle ou lors de la tournée des unités. L’enseignement du patient se fait selon la grille

« Enseignement et suivi des apprentissages – soins infirmiers » et au besoin, une référence est faite à la clinique du diabète du CLSC ou au GMF de l'utilisateur.

*« Ce qui arrivait aussi, c'est que par l'entremise aussi du personnel, qui était sur place... S'il y avait quelqu'un qui était hospitalisé, pour un diabète débalancé ou qui rentrait, exemple, pour un infarctus, bon on s'apercevait que là il y avait un diagnostic de diabète de type 2. Bien là, ces gens-là, ils étaient ciblés puis on va les voir rapidement. »*  
**[INFIRMIÈRE 2]**

Au niveau du CLSC, un rendez-vous pour l'évaluation des besoins de l'utilisateur est programmé à la suite de la réception d'une référence. Par la suite, cet usager est acheminé vers l'endroit approprié soit la clinique d'enseignement du diabète, la clinique d'insulinothérapie, la santé courante, ou l'équipe du maintien à domicile.

L'enseignement du patient est réalisé selon la même grille « Enseignement et suivi des apprentissages – soins infirmiers » mise à jour régulièrement. Une infirmière du CLSC nous a confié :

*« Pour s'assurer que les données étaient correctes : les livres d'enseignement aussi on a fait des livres comme Liberté diabète, par exemple, qu'on remet aux patients. Donc des documents d'enseignement qu'on a mis à jour avec le temps. Donc moi j'ai toujours participé à la mise à jour. »* **[INFIRMIÈRE 3]**

Finalement, au niveau du réseau des GMF et à la suite de l'évaluation des besoins de l'utilisateur lors de la réception d'une référence ou dépistage de la clientèle, l'enseignement est effectué aussi selon la même grille « Enseignement et suivi des apprentissages – soins infirmiers ».

De façon générale, les styles de leadership à la direction des soins infirmiers et celui du Dre Corbeil, sa vision et ses comportements favorisent le développement d'un leadership partagé dans cette équipe. Notre répondante décrivait ainsi la philosophie de gestion :

*« C'est avec les responsables des soins infirmiers, c'est avec le docteur Corbeil, c'est avec l'équipe ici qu'on a élaboré certaines normes qu'on devrait suivre pour l'enseignement. Puis suite à ça, bien on est allés voir, les infirmières, on les a formées ...Ouais dans les GMF. »* **[INFIRMIÈRE 1]**

L'un des moyens qu'il ne faut toutefois pas négliger est encore la participation de tous les acteurs susmentionnés à l'uniformisation des outils de suivi afin d'assurer une meilleure collaboration lors des suivis pour des références entre l'hôpital, le CLSC et le réseau des GMF. La tâche de l'élaboration et le développement des outils ont été délégués à l'**[INFIRMIÈRE 1]** nous confiait

Dre Corbeil :

*« Donc une autre façon de garder l'expertise, créer les outils. Ça, **[INFIRMIÈRE 1]**, elle a été très, très impliquée là-dedans. Je lui ai laissé toute la place qu'elle voulait à ce niveau-là. Moi j'étais plutôt à la révision des documents. »*

Un bon nombre de répondants nous ont exprimé leurs impressions vis-à-vis de la personnalité de Dre Corbeil et les transformations qui étaient sur le point de se produire avec l'équipe du CLSC. Ceux-ci affirment qu'elle était l'acteur la plus influente avec un leadership engagé, dévoué, tenace et une personne charismatique. Cette attitude est importante dans la suite du processus d'implantation.

#### *4.2.2.5 Outils*

Assurer le processus continu de soins a pour objectif de donner, compléter ou renforcer l'information nécessaire au maintien de l'autonomie de l'utilisateur et renforcer son autogestion dans son milieu avec la mise en place d'outils destinés à la fois aux usagers, et au personnel soignant en l'occurrence l'infirmière et la nutritionniste.

Pour les usagers, l'équipe responsable du CSSS sous la responsabilité de l'**[INFIRMIÈRE 1]** a produit un cartable de suivi diabète intitulé «Suivi systématique en diabète pour le patient». Ce document accompagne le patient pour faciliter la communication de tous les acteurs participants et assurer un processus continu de soins pour le patient.

Ce cartable incluait des appareils individualisés selon les besoins du patient soit un appareil de contrôle de la glycémie ou bien un stylo pour insuline lorsque le patient est insulinodépendant.

Pour l'infirmière, le cartable de suivi contient un formulaire qui permet de faire une évaluation initiale, évaluation des pieds, le formulaire - suivi systématique diabète, une grille d'enseignement et suivi des apprentissages – soins infirmiers (annexe 9), une grille de suivi des glycémies capillaires ainsi qu'une ordonnance collective spécifique au diabète qui va permettre à l'infirmière d'être outillée et soutenue dans sa prise de décision lorsqu'elle constate que le patient a besoin d'un changement dans sa médication. Et finalement pour la nutritionniste, c'est la grille d'enseignement et suivi des apprentissages nutritionnels (annexe 10).

L'utilisation de ces outils est une manière de rendre explicite le savoir généré par l'expérience en cours. Le cartable en question contient les explications sur les différentes tâches à réaliser ainsi que les justificatifs, dans un langage compréhensible par ceux et celles qui auront à réaliser ces tâches. Les connaissances explicites peuvent être consignées dans des artefacts sous une forme structurée ou non (Choo, 2006). Ces connaissances explicites migrent facilement entre les acteurs et les artefacts (Nonaka et Takeuchi, 1995). En d'autres termes, les connaissances tacites, individuelles autant que collectives, sont mémorisées par les acteurs sociaux qu'ils soient des personnes ou des groupes de personnes. Dans l'action, les connaissances tacites rassemblent le savoir, le savoir-faire (les éléments techniques et l'expertise qui résultent de l'expérience de l'infirmière clinicienne) et le savoir-être de chaque individu (Nonaka et Takeuchi, 1995). Elles permettent d'interagir avec le monde tel qu'avec un outil (Cook et Brown, 1999). Cela a favorisé la pérennité des changements et la transmission du savoir.

#### 4.2.2.6 Indicateurs de suivi

Les indicateurs sont des outils destinés à évaluer la qualité des résultats et les bénéfices que peuvent dégager les parties prenantes. Ces indicateurs potentiels sont classés suivant cinq aspects majeurs de la maladie et de sa prise en charge : l'équipe responsable avait comme objectif de suivre le nombre de clients inscrits au suivi systématique, le contrôle de la glycémie, contrôle du LDL, de la tension artérielle, et le dépistage précoce des complications (hypoglycémie, hyperglycémie, rétinopathie, néphropathie, neuropathie périphérique). Ainsi un suivi du délai de prise en charge par le CLSC et une évaluation annuelle de la satisfaction de la clientèle devenaient essentiels nous disait Dre Corbeil :

*« Mais par le temps, voir l'évolution...c'étaient des mesures d'hémoglobine glyquées, d'hypoglycémie... c'étaient des petites revues, 25 patients, des fois dix là... »*

#### 4.2.2.7 Résultats du « suivi systématique »

En 2011, une réflexion sur la pratique par revue de dossiers d'un échantillon de patients diabétiques de type 2 dans plusieurs GMF impliqués dans la région a été amorcée. Nous présentons les résultats cliniques et non cliniques.

#### 4.2.2.8 Résultats cliniques

Les résultats confirment une atteinte de 75 % pour des valeurs de l'HbA1C  $\leq 7$  %, ce qui est supérieur à la moyenne nationale canadienne. En ce qui concerne la valeur du LDL  $< 2.0$  mmol/L, les résultats démontrent que 57 % ont atteint la cible et 29 % à la cible pour une tension artérielle au bureau inférieur  $< 130/80$ .

En conclusion, 30 % des patients diabétiques ayant atteint les trois cibles thérapeutiques, un résultat nettement supérieur à la moyenne nationale canadienne qui est de l'ordre de 13 % pour les trois cibles (Leiter et coll., 2013).

Suite à la mise en place de cette structure et la réflexion associée à la revue des dossiers en 2011, plusieurs améliorations provenant des établissements impliqués ont été notamment observées. Elles sont basées sur des indicateurs de la maladie.

Ces indicateurs portent sur cinq aspects majeurs de la maladie et de sa prise en charge :

- Le contrôle de la glycémie,
- Le contrôle du LDL,
- La TA, et
- Le dépistage précoce des complications (hypoglycémie, hyperglycémie, rétinopathie, néphropathie, neuropathie périphérique).

En 2013, la revue des dossiers dans un GMF confirme une amélioration des résultats :

- Amélioration jusqu'à 15 % des patients qui ont atteint la cible  $\leq 7.0$  d'HbA1C
- Amélioration jusqu'à 11 % des patients qui ont atteint la cible ( $\leq 2.0$  mmol/l)
- Amélioration jusqu'à 20 % des patients qui ont atteint la cible ( $\leq 130/80$  mm/hg)
- Amélioration jusqu'à 27 % pour les suivis au 6 mois.
- Dépistages de complications :
  - Rétinopathie ; taux dépistés jusqu'à 95 %
  - Neuropathie; taux dépistés jusqu'à 97 %
  - Examen des Pieds; Taux dépistés jusqu'à 97 %
  - Hypoglycémies; Taux dépistés/questionnés jusqu'à 98 %

La Direction de santé publique de la Montérégie (septembre 2013), a confirmé que le CSSS du Haut-Richelieu-Rouville a obtenu un taux de mortalité dû au diabète de 13 %. Il s'agit du taux le plus bas non seulement en comparaison avec la région de la Montérégie (18 %), mais également avec le Québec (19 %).

Ces résultats tendent à confirmer que l'approche interdisciplinaire mise en place par le comité du CSSS et les établissements impliqués est porteuse de succès. Les résultats montrent un impact sur la qualité des soins et conséquemment une amélioration de la qualité de vie. Également, le suivi systématique a amélioré la communication entre les prestataires de soins et la globalité de la prise en charge des patients atteints de diabète.

Cette revue de dossiers faisait partie d'un programme national canadien DM-SCAN (**Diabetes Mellitus Status in Canada (DM-SCAN)** (le Diabète Mellitus statut au Canada), lancé par le Centre canadien de recherche en cardiologie, et approuvé par l'Association canadienne de diabète et par Diabète Québec.

L'équipe responsable du « Suivi systématique de la clientèle diabétique » a vu ses efforts récompensés; une reconnaissance leur a été accordée dans le cadre d'un concours national « Patient D'Abord/Patient First<sup>16</sup> ». Ce concours, organisé par la compagnie pharmaceutique Merck, visait l'excellence et l'innovation dans les soins axés sur le patient; 24 candidatures nationales ont été retenues.

Cette récompense a permis de souligner et de consolider la cohésion d'équipe, laquelle a été un facteur de succès important du projet et un facteur facilitant pour l'exercice d'un leadership au pluriel. Le fait que les membres travaillaient ensemble pour surmonter les difficultés a permis de gagner en efficacité et avoir un impact sur la santé des patients. Les données suggèrent en effet

---

<sup>16</sup> <https://www.merckpatientsfirst.com/french/a-propos/> Le programme et le Prix **Merck Le patient d'abord** visant à souligner les contributions exemplaires dans le domaine des soins axés sur le patient sont fondés sur un processus officiel de sélection et d'évaluation de candidats et de projets exceptionnels à l'échelle nationale, dans le cadre duquel une analyse indépendante est réalisée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

que les membres de l'équipe se sont investis dans leur rôle et ont dépassé les exigences de ce qui était attendu d'eux pour atteindre les objectifs du projet.

#### *4.2.2.9 Résultats non cliniques*

L'équipe responsable du « Suivi systématique de la clientèle diabétique » a pu grâce à ce projet exposer une vision commune du suivi des patients et le développement d'une pratique de groupe, des formulaires de suivi pour les patients ainsi que des outils d'échange interprofessionnel.

Une saine communication entre les parties prenantes combinée à un climat cordial a permis de bâtir la cohésion d'équipe dans la réalisation du projet. La compréhension des rôles et responsabilités de chacun, qui prend en considération l'apport de chaque professionnel impliqué dans le projet, est un élément clé du développement d'un sentiment de leadership où chaque acteur joue son rôle.

Nos observations permettent de constater le développement d'un sentiment de leadership très fort dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques.

Nous avons constaté un leadership collectif, interdisciplinaire et complémentaire de la part de Dre Corbeil, l'infirmière clinicienne Mme Patenaude, la direction générale et la pharmacienne-chef.

Ce leadership s'est révélé un atout particulièrement important pour rallier les intervenants tant au niveau clinique qu'au niveau de la haute direction, mais aussi pour aplanir les difficultés inhérentes à l'intégration d'un projet pilote à une structure existante.

Ce leadership a permis à l'équipe responsable du « Suivi systématique de la clientèle diabétique » de mettre en place plusieurs programmes de formation médicale continue pour les médecins et

les infirmières, permettant ainsi un transfert de connaissances et l'application des nouvelles lignes directrices en diabète et en lipides. Ce leadership a aussi permis de participer au développement progressif des ordonnances collectives en diabète, auprès des médecins et infirmières (insulinothérapies, anti-hyperglycémiant oraux, dyslipidémie et bandelettes) et de partager des outils de gestion ainsi que des algorithmes de traitement pour optimiser dans le temps l'efficacité du traitement. L'équipe responsable du « Suivi systématique de la clientèle diabétique » a favorisé la mise en place de mécanismes de mise à jour continue, avec le développement d'une communauté de pratique en diabète composée de médecins généralistes et du Dre Corbeil dans le territoire du Haut-Richelieu.

#### *4.2.2.10 Description de l'architecture du CSSS Haut-Richelieu-Rouville*

Les établissements impliqués au sein de la région du Haut-Richelieu-Rouville sont pluriels : CLSC de la Vallée des forts, CLSC de Richelieu, Hôpital du Haut-Richelieu, les CHSLD, les GMF et les pharmacies communautaires. Les acteurs qui y gravitent forment un nœud de production formés de gestionnaires, de médecins généralistes, de médecins urgentologues, de médecins spécialisés au niveau des unités de soins, de nutritionnistes en clinique externe sans oublier la Clinique de plaie, des infirmiers cliniciens, infirmière Pivot, infirmières SAD, des intervenants en soins à domicile et des protagonistes de la santé courante, pharmaciens communautaires et bien entendu les patients et leur famille. Enfin, il faudrait tenir compte des GMF qui arrivent dans la région avec à la fois des équipes de médecins généralistes et des infirmières.

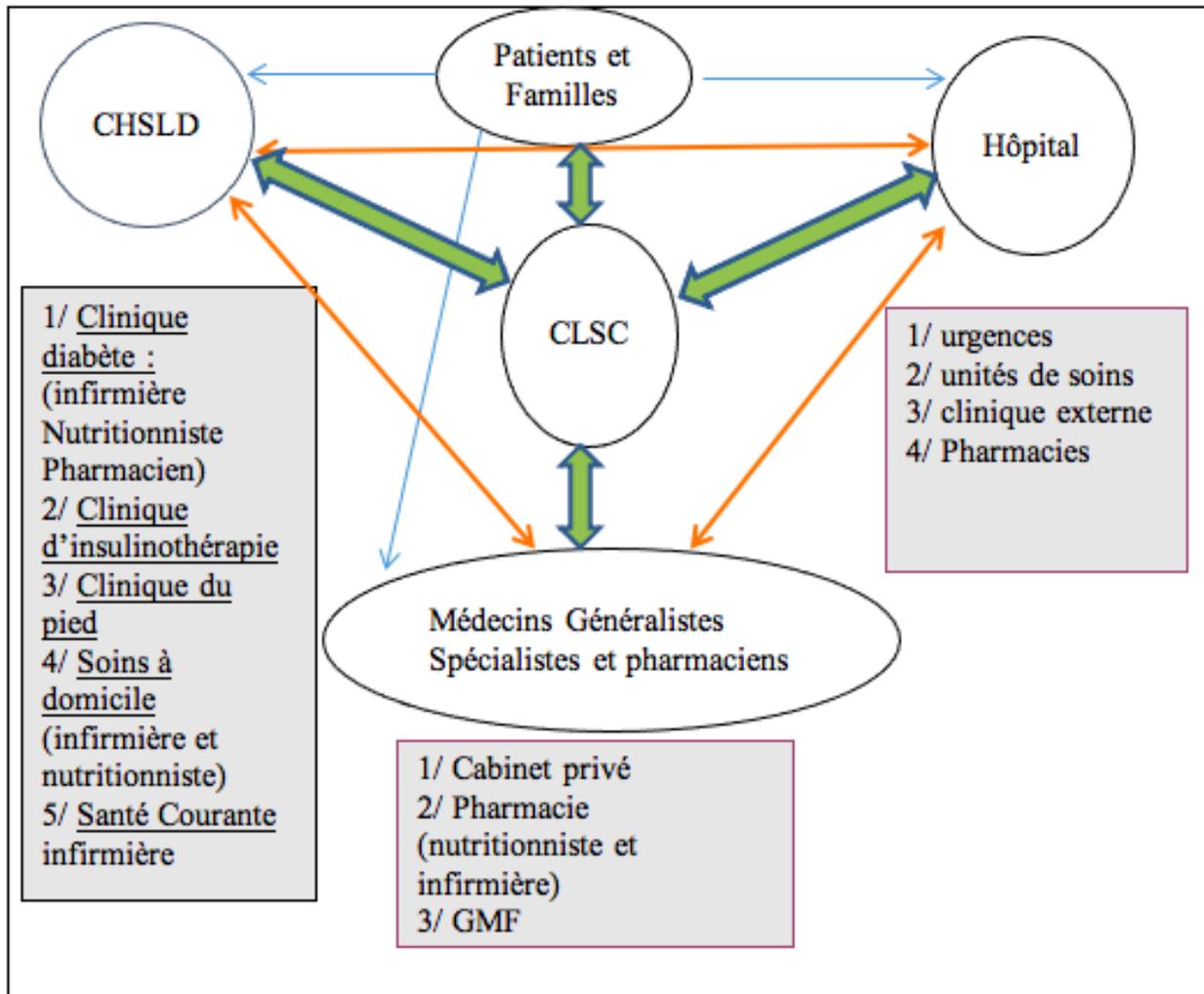


Figure 4. - Le réseau du cheminement clinique des patients vers le CAIMC

#### 4.2.2.11 Les établissements et les acteurs

Les prochaines sections visent à détailler la structure organisationnelle qui s'est développée dans le territoire ainsi que ses attributs. Tout d'abord, l'arrivée et l'installation des groupes de médecine de famille (GMF).

De plus, la complexité des soins et la pénurie de personnels accroissent les besoins d'innovation et de créativité avec la mise en place d'un projet pilote au sein de l'hôpital, le déploiement des

ordonnances collectives ainsi qu'une communauté de pratique virtuelle pour les professionnels de la région.

### **4.3 Arrivée et installation des groupes de médecine de famille GMF**

Les groupes de médecine de famille « GMF » proposés par la Commission Clair (2000) sont des entités constituées de cliniques privées qui choisissent d'être accréditées par le MSSS. La même commission recommande :

*« Que le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes<sup>17</sup> ».*

Et que l'infirmière

*« Pourrait assurer un suivi systématique de la clientèle à l'hôpital, dans les CLSC, les Groupes de médecine de famille et les réseaux de soins intégrés », que c'était « souvent elle la mieux formée et la plus expérimentée pour coordonner le suivi dans une approche interdisciplinaire », qu'elle « devrait aussi prendre une plus grande part à l'éducation à la santé dans les centres de la petite enfance, les écoles, les CLSC, les Groupes de médecine de famille et à Info-Santé<sup>18</sup>. »*

Comme le rythme d'implantation des GMF devait se faire de façon progressive un peu partout au Québec, la situation dans la région du Haut-Richelieu ressemblait à celle du reste du Québec avec un lancement progressif des GMF et l'arrivée ainsi des infirmières au sein de ses organisations. En 2008, on comptait sept GMF dans la région du Haut-Richelieu-Rouville : Clinique médicale Médisoleil, Clinique Médicale 900, Clinique Médicale de Chambly, Clinique Médicale Iberville, Clinique Médicale du Coteau, Clinique Médicale St-Luc, et Clinique Médicale St-Eugene.

---

<sup>17</sup>Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair, 2000). Les solutions émergentes Rapport et recommandations, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Recommandation R-4, p. 52

<sup>18</sup> *Ibid*, p. 96

En ce qui concerne les infirmières embauchées par les GMF, elles relèvent administrativement du CLSC local, mais elles sont placées sous l'autorité fonctionnelle du GMF. L'accréditation a permis aussi aux médecins des cliniques du réseau de s'informatiser, d'engager du personnel (secrétaire, adjointe). L'ajout des infirmières était perçu comme un nouveau souffle de fraîcheur, une aide bienvenue, mais pas avec un rôle tout à fait clair au début, comme nous confiait un médecin généraliste et responsable d'un GMF :

*« Je me souviens quand on a implanté le GMF en 2007, c'est fou à dire, mais on se demandait qu'est-ce qu'on ferait avec nos infirmières. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 1]*

Mais avec le temps, le même médecin nous disait que depuis les choses ont évolué :

*« Alors qu'aujourd'hui, on serait incapable de s'en passer, à l'époque, il a fallu définir leur rôle, décider dans quelle mesure on allait les utiliser, de quelle façon? Puis progressivement on s'est aperçu que si l'infirmière se spécialisait dans certaines sphères des problèmes de santé, des patients plus fréquents, comme le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, on pouvait leur permettre d'acquérir des connaissances assez pointues pour leur permettre un peu de remplacer le rôle du médecin. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 1]*

Un autre médecin responsable d'un GMF dans la région nous confiait que :

*« Je pratique depuis 34 ans. Euh... oui, j'ai connu avant et après. Bon, moi je vous dirais, c'est sûr qu'au début quand les infirmières ont commencé, on se demandait comment on travaillerait ensemble puis on partagerait. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2]*

L'arrivée des infirmières en GMF et le succès de l'expansion des nouveaux rôles infirmiers semblent dépendre, pour une certaine part, de la volonté des médecins en GMF d'appuyer ce déploiement; d'où l'importance de comprendre les dynamiques de pouvoir du processus décisionnel. La question se pose d'autant que ces rôles émergents impliquent habituellement un nouveau partage des prérogatives professionnelles (D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009; Abbott, 1988). Cet enjeu a été soulevé au sein du comité depuis le début de l'élaboration d'un plan de coordination. Les médecins s'interrogeaient sur le rôle des infirmières en GMF et ces dernières

se sentaient sans soutien et projetée dans la structure. De façon générale, les infirmières en GMF se sont senties plus ou moins laissées à elles-mêmes, sans soutien concret pour gérer les changements qu'elles devaient implanter.

Une infirmière en GMF nous mentionnait qu'elle a été comme projetée dans la structure sans pour autant avoir les connaissances nécessaires :

*« L'expérience puis moi j'ai vraiment été un peu projetée, puis j'ai eu beaucoup, beaucoup la confiance des médecins ici, qui me disaient : « Voici, c'est notre infirmière spécialiste. ». Donc il fallait que je chausse les chaussures, il fallait que j'aie un niveau de connaissances... » [INFIRMIÈRE EN GMF1]*

Même son de cloche de la part d'une autre infirmière en GMF sur la formation en diabète :

*« Moi, j'ai commencé à zéro! (rire) Oui, moi, mes études en diabète remontaient à l'école, puis bien j'ai appris. J'ai été faire une petite formation avec madame Ginette Patenaude. » [INFIRMIÈRE EN GMF2]*

Abbott (1988) nous rappelle que les professions forment un système interdépendant au sein duquel les frontières de juridictions professionnelles sont constamment objets de tensions, les actes de chaque profession étant continuellement redéfinis et négociés dans le cadre de l'expérience concrète du travail.

L'exemple d'un GMF est révélateur où notre répondante disait :

*« Si les médecins ne savaient pas ce dont était capable, -ce qu'on pourrait faire.....ils ont commencé avec des choses simples, des résultats de labo, appeler le patient, évaluer les symptômes. C'est quoi la conduite? Fait qu'à force d'en faire, bien là, ils ont vu un peu ce qu'on était capables de faire. Dans le fond, c'est qu'on est capable d'assurer des suivis conjointement avec eux. » [INFIRMIÈRE EN GMF3]*

Dans ce GMF c'est plutôt travailler sur l'amélioration de la relation de confiance avec les médecins pour pouvoir assurer les suivis d'une manière conjointe qui été l'élément clé.

La lourdeur de la maladie a été aussi un enjeu dans la délégation du pouvoir aux infirmières :

*« Puis pour le diabète, .... Les cas au niveau de la maladie chronique, ils sont de plus en plus lourds, fait que les médecins essaient de nous référer tous les patients diabétiques, pour qu'on assure au moins ce suivi-là. C'est dur pour eux d'être à jour dans tous les médicaments, les nouvelles molécules qui sortent, les nouveaux traitements, tout ça. Souvent moi, je vais à des formations le soir, je vais compléter mes informations par l'entremise, ...des compagnies pharmaceutiques, ou sur le temps hors du travail pour qu'on me mette à jour sur les possibilités de traitement au niveau du patient.... Moi dans le fond, j'amène au patient ce qu'il a comme traitement puis on décide ensemble ce qu'il y a de mieux pour lui. Puis je vais voir le médecin pour qu'il puisse le prescrire...sans nécessairement que le médecin ait besoin de le voir. » [INFIRMIÈRE EN GMF3]*

Du côté des médecins, la perspective de travailler plus étroitement avec des infirmières faisait partie des effets attendus de la formation du GMF. D'où le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle qui est devenue importante surtout quand il s'agit de l'arrivée de la première vague des GMF dans la région.

L'arrivée des infirmières était perçue de façon positive et les médecins étaient prêts pour un changement dans leurs façons de faire afin de protéger une pratique qui leur échappait de plus en plus; même si certaines contraintes s'ajoutaient, tel que l'obligation du maintien de l'ouverture de la clinique aux sans rendez-vous.

Les collaborations avec les infirmières étaient variables selon les GMF de la région et cela est en concordance avec les résultats de l'étude de Beaulieu et coll. (2006), qui indiquent que le partage des responsabilités entre médecins et infirmières se fait à des degrés et selon des modalités variables à l'intérieur de chacun des GMF, les marges de variation étant fixées par la conception que les infirmières et les médecins se font de leur rôle.

Avec le temps, l'importance de travailler avec les infirmières est devenue incontestable selon un médecin pratiquant en GMF qui nous mentionnait :

*« Je vous dirais, je trouve que les infirmières ont amené un très, très grand élément de qualité dans la prise en charge des patients. Elles ont amélioré beaucoup, beaucoup les capacités d'autogestion des patients... Elles sont plus présentes auprès des patients, elles passent plus de temps avec les patients que nous on le fait. Et face à ça, les patients retiennent plus de choses. Elles les voient aussi des fois plus souvent que nous. ... Moi je trouve que ça a amélioré la qualité. Même à travers les études qu'on a faites. On a vu, que certains paramètres s'amélioraient...L'atteinte d'objectif d'hémoglobine glyquée, c'était meilleur avec la participation des infirmières. L'atteinte des LDL, chez ces patients-là, c'était meilleur. La dernière au souvenir, l'hypertension pour les patients qui étaient suivis conjointement avec l'infirmière. Les valeurs cibles de tension artérielle étaient atteintes plus fréquemment. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2]*

Au sein des GMF de la région, les infirmières exercent un rôle variable et elles se voient confier davantage de responsabilités et des interventions telles que le suivi systématique, la gestion de cas, l'enseignement au patient et à sa famille surtout quand il s'agit d'une maladie chronique.

Cette délégation dépend de la confiance et la relation que l'infirmière en poste a avec les médecins de la clinique. Un médecin nous confiait que parfois c'est surprenant :

*« C'est même surprenant, il y a des infirmières qui sont vraiment très, très bonnes, elles ont des connaissances solides, adéquates, pour des cas de patients. Alors qu'avant on les référait à l'endocrinologue. Dès qu'il y avait de l'insuline, plusieurs médecins étaient mal à l'aise, ils référaient à l'endocrinologue, mais maintenant qu'il y a un suivi conjoint avec les infirmières, même les diabètes insulino traités, on peut les suivre en GMF entre autres parce que, comme il y avait l'obstacle aussi de l'enseignement en injection. Maintenant l'enseignement en injection n'est plus un obstacle parce qu'on peut le faire sur place. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 1]*

Il est considéré comme important de maintenir des liens étroits entre les GMF et le CLSC afin d'assurer à la population une meilleure accessibilité aux services de santé de première ligne et de favoriser une meilleure coordination des services. D'où l'importance d'assurer des liens et de bonnes bases de collaboration entre les professionnels de la santé des deux entités.

Dans ce sens, une des infirmières en GMF nous confiait :

*« Bien dans le fond, c'était super, parce que là, elle nous appelait, aussitôt qu'il y avait un de nos patients qui était hospitalisé, les interventions qu'elle avait faites, donc pour la continuité du suivi là, c'était super précieux... Si elle avait commencé l'insuline, elle nous faisait un rapport : les patients de notre clinique qui ont été vus par elle, l'enseignement qui a été fait. Puis des interventions à faire aussi pour la suite des suivis. C'était vraiment génial. » [INFIRMIÈRE EN GMF1]*

Cette dynamique s'est concrétisée dans une pratique infirmière prenant essentiellement une pratique conjointe (médecin et infirmière) de suivi de la clientèle diabétique qu'une pratique d'assistance au médecin (D'Amour, Tremblay et Proulx, 2008).

#### 4.3.1 Relation entre le réseau des GMF et la clinique de diabète du CSSS

La prise en charge des patients ayant des maladies chroniques est différente de celle requise dans un contexte aigu, les médecins de première ligne exerçant dans un GMF ou les médecins de premier recours travaillant seuls dans un cabinet doivent se charger de l'ensemble du suivi de leur patient complexe, ils doivent être capables de faire face à tout problème médical survenant en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur.

À cet égard, la clinique de diabète du CSSS a comme mission aussi de faire la formation et la mise à jour des connaissances des partenaires de l'écosystème :

*« On voulait que les GMF assurent la base. Nous on devenait une équipe de consultants avec... notre endocrinologue. On a assuré les cours de groupe pour les patients. On est toujours une ressource pour les GMF. » [INFIRMIÈRE 1]*

Du point de vue de Dre Corbeil, les infirmières en GMF sont une main d'œuvre à haut potentiel :

*« C'est une réflexion sur la situation et les circonstances. On est venu à se dire que ces infirmières-là ont du temps voire des connaissances pour pouvoir aider les médecins de famille parce que je constatais qu'il y avait une latence dans l'amorce de l'insuline entre autres. On s'est vraiment attaqué à cela initialement. J'ai vraiment vu l'arrivée des infirmières en GMF comme de la main d'œuvre à haut potentiel pour accélérer l'atteinte des signes et amorcer l'insuline parce qu'initialement les infirmiers n'amorçaient presque pas l'insuline. »*

Les médecins de première ligne doivent par conséquent avoir des connaissances solides en diabète (en lien avec la pathologie dont souffre son patient), et trouveront la prise en charge plus difficile s'ils n'ont pas accès aux recommandations de bonne pratique pour s'y référer, ou bien pour déléguer les pouvoirs de suivis aux infirmières qui travaillent avec eux au sein du GMF. Dre Corbeil nous a clairement dit que la collaboration entre les soignants était très positive :

*« Donner l'enseignement aux infirmières des GMF pour qu'elles puissent donner de l'enseignement. On avait cinq GMF au début à ma connaissance avec lesquels on a commencé et avec lesquels on a embarqué rapidement et c'était déjà des médecins qui collaboraient avec moi, dans le sens où ils nous réfèrent beaucoup de patients. C'était des médecins qui étaient consciencieux... que l'enseignement c'était bénéfique. Ils se rendaient compte que quand on donnait de l'enseignement aux patients diabétiques, il y avait une meilleure prise en charge, il y avait une meilleure gestion des valeurs glycémiques, y avait une meilleure compréhension du patient... »*

L'implantation des GMF dans la région a exercé une certaine pression sur les responsables de la clinique du diabète du CLSC et sur l'infirmière clinicienne **[INFIRMIÈRE 1]** afin de répondre aux questionnements des infirmières du réseau des GMF. Ces dernières souhaitaient être mieux équipées pour assurer un bon suivi et transmettre un enseignement de qualité auprès des patients présentant des pathologies chroniques spécifiques.

*« Parce qu'ils n'avaient pas eu l'enseignement. Ils ne savaient pas comment donner ça, et quoi donner, et quoi dire et quoi faire. Donc on a dit : « On va aller former les filles, on va leur donner de l'enseignement. On va leur donner les besoins de base. ». Et c'est là qu'on a élaboré, le programme du suivi systématique.... Il faut qu'on soit structuré, il faut qu'on donne la même information. Parce qu'à un moment donné, il y a certaines infirmières qui sont allées se former. Elles sont allées chercher la formation, mais on était comme un petit peu mêlé dans tout ça. » **[INFIRMIÈRE 1]***

L'uniformisation et la standardisation de la pratique et l'offre dans la région était aussi un enjeu :

*« C'est pour ça qu'on a décidé qu'il fallait uniformiser, moi et la nutritionniste, on était comme un peu laissées à nous-mêmes aussi. On s'est dit s'il faut qu'on donne une formation de base aux infirmières, qu'elles ne touchent pas à la nutrition, parce qu'elles ne sont pas formées pour ça, mais au moins toucher à l'enseignement prioritaire, puis c'est là aussi qu'on a commencé à élaborer. Puis je suis allée chercher docteur Corbeil... Il y avait docteur... euh... Les deux médecins avec lesquels je travaillais ont quitté. Puis*

*je suis allée chercher docteur SR. Mais il y avait le docteur P qui nous a soutenues quand même beaucoup au début, mais après ça c'est le docteur S R. » [INFIRMIÈRE 1]*

De ce côté, l'équipe du CLSC composée de l'infirmière clinicienne, la nutritionniste et Dre Corbeil étaient obligées d'innover pour faire face à cette situation sachant que les problèmes rencontrés et qui sont liés à la formation des infirmières en GMF n'ont pas de solutions prédéfinies par l'organisation.

Pour cette équipe, il a été difficile de prévoir toutes les situations et de faire face à des incertitudes surtout en l'absence de règles qui permettent de résoudre le problème rencontré lors de l'arrivée des infirmières en GMF. Un sentiment d'inquiétude s'est installé chez Dre Corbeil qui nous mentionnait :

*« Moi je voyais une grande opportunité avec ces infirmières-là, qui avaient une soif d'apprendre incroyable, parce qu'on les parachutait dans des bureaux, puis on ne les guidait même pas dans ce qu'elles devaient faire. On ne les formait pas. Moi ça m'a tout de suite, pas inquiété, mais en tout cas préoccupée. »*

Dans d'autres GMF, l'élaboration de protocoles de suivi conjoint pour certaines maladies chroniques s'est également révélée un outil important pour amener les médecins en GMF et les infirmières à se concerter et à mieux se connaître. Ce mécanisme aide à ce que la confiance s'installe entre les partenaires, favorise le développement de la collaboration et permet ainsi aux médecins de se concentrer sur les consultations. Dans ce sens un médecin en pratique GMF nous mentionnait que :

*« Les clés c'est qu'on se concentre sur nos interventions, ... Les médecins, en tout cas, moi, c'est mon point de vue, on a une grande expertise en utilisation de la médication. Pas énormément de temps à passer. Les infirmières ont développé une bonne expertise en termes de médication, parce que anyway les infirmières ont des ordonnances collectives pour ajuster à peu près tous les médicaments, le diabète. Mais en même temps, elles font de l'éducation du patient. Puis c'est un volet qu'on faisait très peu avant. Puis la même chose, le Centre du diabète, t'sais en termes d'éducation de nos*

*patients aussi pour la diète, ils sont mieux outillés qu'ils l'étaient avant, quand c'était juste nous autres qui les voyaient. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2]*

Le même médecin nous disait que parfois au sein de son GMF, il y a une catégorie de médecins qui ne veut pas changer ses habitudes :

*« Bien je vous dirais, ...(que) peut-être il y a une catégorie de médecins qui sont... .. C'est une autre génération puis ils ne veulent pas personne dans leurs dossiers. Ils pensent qu'ils peuvent gérer tout ça tout seuls.... Puis il y a une autre catégorie de médecins, ce sont des espèces de compulsifs, qui pensent qu'il faut qu'ils voient à tout, tout, tout! Pour ajuster donc ... Puis il y a une catégorie de médecins qui... ils sont un peu ... Comment je pourrais... Le mot « négligent » ne me semble pas correct, mais ils sont un peu confortables dans leur modèle de pratique, puis ils ne veulent pas changer, un peu résistants aux changements. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2].*

Cette pratique conjointe de suivi de la clientèle, manifestée dans l'ensemble des GMF de la région, correspond à une pratique où l'infirmière et le médecin travaillent ensemble en adoptant un mode de collaboration dans le suivi des patients. Les interventions que posent les infirmières se concentrent sur l'évaluation de l'état du patient, l'enseignement à la clientèle dans la prise en charge de leur condition, l'accompagnement et la coordination des soins.

Les infirmières dans ces GMF ont généralement développé une bonne collaboration avec les médecins et elles sont satisfaites de leur pratique professionnelle surtout que l'équipe de Dre Corbeil était présente. L'assurance venait du leadership clinique qui faisait énormément de formation auprès des infirmières de la région.

Cela étant dit, le recours aux infirmières demeure une décision personnelle du médecin, influencée par différentes considérations, notamment son attitude face au changement et surtout sa disposition à faire confiance au travail des infirmières. Cela nous rappelle la lecture que fait Abbott (1988) des tensions de juridictions professionnelles suscitées par

l'introduction d'un ou de nouveaux rôles; ce qui peut être souvent perçu comme une menace.

La menace perçue par l'introduction de nouveaux rôles peut aussi être une occasion de créer un espace de collaboration. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle apparaît de plus en plus comme un soutien à une meilleure prise en charge des soins et une solution pour répondre aux défis du système de santé.

#### **4.4 Les attributs d'un mode organisationnel de plus en plus complexe**

Avec le temps, le mode d'organisation des soins au niveau de la région voit ses structures se complexifier depuis la création du CSSS en passant par le projet clinique du suivi systématique des patients diabétiques et, finalement, par le début de l'installation des GMF sur le territoire.

Comme nous l'avons constaté, plusieurs acteurs sont impliqués dans le processus d'innovation favorisant ainsi l'émergence d'un écosystème de prise en charge des maladies chroniques.

Dans la prochaine section, nous présentons les attributs de ce mode d'organisation qui se met en place avec le lancement d'un nouveau projet pilote à l'hôpital du Haut-Richelieu, la mise en place des ordonnances collectives et, finalement, la communauté de pratique.

##### **4.4.1 Projet pilote : Infirmière enseignante pivot à l'Hôpital du Haut-Richelieu**

La création du CSSS Haut-Richelieu Rouville, fusionnant l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR), le CLSC Richelieu, le CLSC Vallée des Forts, six CHSLD et sept GMF, a permis à la clinique Diabète du CSSS Haut-Richelieu-Rouville d'élaborer les liens nécessaires au cheminement du patient diabétique dans la région.

Avec le temps, la clientèle diabétique ne cesse d'augmenter étant donné le nombre croissant de personnes aux prises avec cette problématique de santé. Dans ce sens, les membres du comité diabète du CSSS Haut-Richelieu-Rouville voulaient instaurer un suivi systématique et des corridors de service répondant aux besoins du patient, et ce, avec un souci d'uniformité et de qualité surtout en provenance de l'hôpital.

Durant cette phase, le premier enjeu de l'équipe est celui de la performance et, plus précisément, de l'efficacité des équipes de soins à l'intérieur de l'hôpital. Le deuxième enjeu, soit l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et des services à l'extérieur de l'hôpital, est en constante tension avec le premier.

Dans ce sens, Dre Corbeil nous mentionnait que dans le territoire de Saint-Jean-sur-Richelieu, l'hôpital constituait un maillon faible.

*« Puis ensuite j'ai encore regardé mon réseau, puis le maillon qui manquait c'était l'hôpital. C'était désespérant de voir qu'on formait des centaines d'infirmières tout le temps puis que le contrôle était complètement inadéquat. L'enseignement totalement inégal pour des patients qui avaient congé avec de l'insuline. Moi je ne voyais pas comment on pourrait s'en sortir à part que d'avoir une ressource dédiée au diabète dans l'hôpital. »*

Mme Patenaude a été du même avis :

*« Il manquait un noyau, les patients arrivaient là en catastrophe, puis ils ressortaient en catastrophe aussi.... Comme les patients souvent n'avaient pas vu leur médecin, les symptômes étaient très importants. Ils se présentaient à l'urgence... ils diagnostiquaient, diabète. Puis après ça, ils lui donnaient une pilule puis va-t'en chez toi. Et le patient se retrouvait avec un diagnostic quand même assez important. Le diabète ce n'est pas... Ça ne s'avale pas si facilement. Il se retrouvait anxieux, plein de symptômes, il nous appelait vite, vite, vite, il fallait qu'il soit vu. C'est un peu pour désamorcer aussi les crises... On a mis, on a décidé de mettre une infirmière qui pourrait faire l'enseignement au niveau du diabète à l'hôpital. C'est de là que ça a comme sorti aussi. Parce qu'on avait comme désamorcé dans les GMF, dans les cliniques, mais il y a aussi une grosse porte d'entrée à l'hôpital qui n'était pas couverte... C'est là qu'on s'est rendu compte que ça prenait quelqu'un pour faire l'enseignement. »*

Ce sont ces deux principaux enjeux qui poussent ce groupe d'acteurs à passer à l'action, et donc, à adopter diverses stratégies afin de mobiliser les acteurs autour de son projet de changement.

Parmi ces stratégies, l'équipe voulait développer et réorganiser une façon innovante de coordonner le flux de sortie des patients qui séjournent à l'hôpital en adoptant un processus de suivi et de formation auprès de l'ensemble des unités. Comme nous mentionnait Mme Patenaude :

*« Au début, on pensait plus à l'urgence, mais en fin de compte, on l'a mis à l'ensemble de l'hôpital. Parce que ça se retrouve souvent, les patients ont un diagnostic suite à un infarctus ou suite à une opération. Ils font le bilan avant de commencer les examens. Avant de commencer l'opération puis ils découvrent que le patient fait du diabète, fait que c'est un diagnostic en plus. Fait qu'on veut désamorcer un petit peu l'anxiété que le patient peut vivre là. »*

Elle voulait, avec la mise en œuvre de cette nouvelle façon de faire, adopter un changement dans le cadre d'une nouvelle organisation des soins afin d'assurer une meilleure coordination (des soins) entre l'hôpital et son milieu.

Ce « projet » visait aussi l'amélioration et le maintien des compétences des patients au moment de l'hospitalisation en autogestion, et de leur permettre d'acquérir de nouveaux comportements avant de quitter l'hôpital, en leur fournissant des trousse de suivi, peu importe le type de diabète du patient. Ces expertises représentent des leviers de légitimation et donnent un sens au projet de changement. Enfin, la création du poste de « l'infirmière dite pivot » est une stratégie employée par l'équipe en place dans l'optique d'assurer la continuité dans l'offre du service, mais aussi une certaine légitimité envers la communauté. Afin de réussir l'implantation du changement, l'équipe était convaincue qu'attaquer le maillon faible dans le continuum de

services passe nécessairement par ce projet pilote, d'où la forte mobilisation dans sa mise en place.

Bien évidemment, l'équipe qui pilote le projet représente le principal groupe d'acteurs qui est impliqué dans la conception du projet de changement. Toutefois, l'évolution de la mise en place est influencée par les interactions de ce groupe particulier d'acteurs avec les autres du contexte pluraliste, à savoir la haute direction et l'ensemble des GMF et pharmaciens de la région. Par l'entremise de cette action de nature relationnelle, l'équipe vise à influencer les perceptions de l'écosystème régional de manière à favoriser son adhésion à des objectifs communs, et ainsi, à modifier sa position dans le système d'action (Klijn et Teisman, 1997).

#### *4.4.1.1 Problématique derrière ce « projet »*

Le projet de « l'infirmière dite pivot » découle du constat que les membres du comité diabète du CSSS Haut-Richelieu-Rouville ont fait un rapport avec l'absence de formation et de suivi auprès des patients diabétiques hospitalisés; ce qui constitue un maillon faible dans le continuum de services. De plus, la situation actuelle de la clinique diabète ne permettait pas d'offrir un enseignement de qualité à l'ensemble des patients diabétiques du territoire.

Bien évidemment, l'équipe du diabète représente le principal groupe d'acteurs qui est impliqué dans la conception du projet de changement. Toutefois, l'évolution de la mise en œuvre est influencée par les interactions de ce groupe d'acteurs avec les autres du contexte pluraliste.

Les GMF de la région forment un important groupe d'acteurs, dans un environnement où le manque de collaboration avec l'hôpital de la région a des répercussions négatives sur l'accès, la

qualité et la coordination des soins et services de santé. Cela peut expliquer en partie la mauvaise performance et le manque d'efficacité déplorés dès le départ par l'équipe du diabète.

Avec l'ajout d'une infirmière pivot, l'équipe du diabète espère mieux arrimer et coordonner les activités de soins.

#### *4.4.1.2 Objectif*

L'objectif est de fournir aux patients diabétiques un enseignement prioritaire lors de l'hospitalisation à l'Hôpital du Haut-Richelieu par une infirmière dédiée. Cette infirmière serait spécialisée pour la clientèle diabétique et réviserait les connaissances des patients déjà connus. Elle pourra rediriger le patient dans le réseau lors de son congé de l'hôpital et ainsi évitera une nouvelle hospitalisation.

Puis, l'équipe du diabète a défini les objectifs généraux qui visaient à mettre en place un programme d'éducation thérapeutique, à construire des outils nécessaires pour l'autogestion et à prévenir les récurrences de l'hospitalisation dues aux symptômes de l'hypoglycémie ou l'hyperglycémie.

Les objectifs spécifiques mentionnés les membres de la clinique du diabète sont : prévenir l'aggravation de la pathologie, coconstruire une culture commune de l'autogestion au sein de l'équipe pluridisciplinaire et au niveau des partenaires de l'écosystème du Haut-Richelieu, élaborer un programme d'autogestion à destination des patients atteints du diabète et formaliser un référentiel de pratique pour l'ensemble des professionnels de la région nous mentionnaient.

#### 4.4.1.3 Naissance du « projet pilote »

L'idée du « projet pilote » est devenue la seule solution pour les membres du comité diabète du CSSS Haut-Richelieu-Rouville devant la difficulté d'avoir les fonds nécessaires de l'Agence de santé pour lancer le projet malgré sa pertinence, alors que les objectifs du projet sont jugés pertinents par la plupart des intervenants.

L'impossibilité perçue par les membres de l'équipe qui pilotait le « projet pilote » d'avoir les fonds nécessaires pour engager du personnel est devenue une réalité avec le temps. Ces dynamiques ont des répercussions sur l'évolution du changement causant une déception au sein de l'équipe surtout que les démarches ont été très lourdes pour trouver les budgets nécessaires.

Devant cette situation de blocage, les membres du comité ont élaboré un plan visant à chercher des fonds à l'extérieur du système de santé, défiant ainsi le statu quo et ayant le courage de penser de manière non conventionnelle et surtout prendre le leadership nécessaire.

Dre Corbeil nous disait qu'il a fallu démontrer le besoin auprès de l'administration :

*« .... D'où les démarches qui ont commencé pour créer le poste de l'infirmière en diabète. Donc ça, ça a été des démarches très lourdes pour trouver les budgets, parce qu'on se faisait répondre qu'il y avait zéro dans la caisse pour ça. Il a fallu démontrer le besoin auprès de l'administration, donc c'est pour ça que j'avais avantage à entretenir de bonnes relations avec les gestionnaires. »*

L'équipe a mis toute sa créativité pour convaincre les partenaires pharmaceutiques de financer ce projet qui est devenu ainsi un « **projet pilote** » d'une durée d'un an. Des fonds de deux compagnies pharmaceutiques ont transité via la Fondation Santé de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Dans ce sens, Dre Corbeil nous a expliqué qu'elle a :

*« ... impliqué la fondation, le pharmaceutique... Énormément de rencontres, de lettres, de... Pour convaincre les gens que c'était vraiment nécessaire. Et puis on a réussi à avoir un projet pilote d'un an de budget qui a mené à l'ouverture du poste. »*

Ce « projet pilote » avait comme objectif le recrutement d'une infirmière dite pivot qui avait la tâche de faire la formation et le suivi auprès des patients référés par les différentes unités de soins à l'Hôpital du Haut-Richelieu.

La présence de l'infirmière pivot à l'Hôpital du Haut-Richelieu vise la mise sur pied d'un programme qui permettra de rassurer et d'informer le patient avant son congé de l'hôpital. D'une durée d'un an, le projet pilote visait la création d'un poste d'infirmière enseignante disponible de 9 h 00 à 17 h 00 à l'Hôpital du Haut-Richelieu, mais aussi démontrer à la haute direction la plus-value de cet ajout.

Le rôle de l'infirmière pivot est vu comme étant la pierre angulaire du modèle afin, d'une part, accompagner le patient hospitalisé et, d'autre part, planifier les soins infirmiers avec les autres infirmières des unités de soins. La contribution spécifique de chacun des membres de l'équipe de soins, notamment les infirmières et infirmières auxiliaires, avec l'appui de la direction des soins infirmiers et du chef d'unité, fait partie intégrante du modèle. Dans ce sens, l'infirmière pivot nous racontait :

*« ... S'il y avait quelqu'un qui était hospitalisé, pour un diabète débalancé ou qui rentrait, exemple, pour un infarctus, bon on s'apercevait que là il y avait un diagnostic de diabète de type 2. Alors là, ces gens-là, ... ils étaient ciblés... on va les voir rapidement pour faire au moins de l'enseignement de base avant d'avoir leur congé. Bien... le temps qu'ils soient pris en charge par la clinique de diabète qu'il y ait quand même une base, qu'ils soient capables de se débrouiller. C'était ça le but dans le fond. » **[INFIRMIÈRE PIVOT]**.*

Sous la responsabilité de l'infirmière, le PTI (plan thérapeutique infirmier) est l'outil qui permet d'effectuer le suivi infirmier des personnes souffrant du diabète en cours d'hospitalisation et faire

ainsi le suivi avec son médecin traitant ou son GMF. Un enseignement personnalisé dont la glycémie capillaire, les symptômes d'hypoglycémie, l'hyperglycémie ainsi que de la technique d'injection d'insuline favoriseront une meilleure prise en charge de leur santé. Ainsi, ces patients mieux informés risqueront moins d'être réhospitalisés.

#### *4.4.1.4 Leadership fort de Dre Corbeil et de Mme Patenaude*

Le contexte dans lequel ce projet s'inscrit a été un des points clés et déterminants de la réussite de ce projet pilote. L'hôpital du Haut-Richelieu est un hôpital dynamique puisque plusieurs programmes ont déjà vu le jour au cours des dernières années. Les personnes qui ont souhaité la mise en place de ce programme ont déjà eu l'occasion de collaborer : ce sont l'endocrinologue de l'hôpital, l'infirmière clinicienne, la pharmacienne-chef, la direction des soins infirmiers ainsi que deux compagnies pharmaceutiques. L'équipe s'est tournée naturellement vers l'Agence de santé de la Montérégie pour présenter une demande formelle avec des justificatifs de la plus-value de ce projet ainsi qu'une demande de financement, mais la réponse a été négative. C'est ainsi que l'équipe a pu mettre en place un projet financé par les compagnies pharmaceutiques via la fondation de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Pour atteindre les objectifs opérationnels qui décrivent la façon avec laquelle l'équipe voulait atteindre ses objectifs, il a été décidé de formaliser l'émergence d'une culture régionale sur l'autogestion, de préparer un cartable de départ pour le patient diabétique, de faciliter les suivis entre les professionnels, de réunir une fois par mois le comité de pilotage au CLSC, de construire et mettre en place les séances de formation d'autogestion selon des thèmes identifiés comme nécessaires aux besoins des patients, d'élaborer les outils nécessaires, d'animer des ateliers de

formation pour les différentes personnes impliquées dans l'autogestion des patients dans la région.

De l'avis des membres de la clinique diabète, l'intention était de s'inscrire comme un partenaire privilégié du patient. L'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie et la prise en charge des patients diabétiques en développant un programme de suivi systématique pour tout patient hospitalisé et souffrant d'un diabète et d'assurer le lien par la suite avec son médecin traitant ou son infirmière.

#### 4.4.1.5 Un changement dans les habitudes

Le schéma d'organisation a été adapté au temps d'hospitalisation du patient et l'ensemble des équipes au niveau des unités de soins ont été informées de l'existence de ce service éducatif afin d'adopter le réflexe diabète quand un patient est hospitalisé. Dans ce sens, l'infirmière pivot nous disait :

*« On dirait que ce n'était pas un réflexe... Ils ne pensaient pas m'appeler. Ce que je trouvais...aberrant, c'est que pour le patient qui a son congé, dans l'après-midi ou le lendemain, ... alors là ils s'aperçoivent qu'il est diabétique. Et ah! on va appeler l'infirmière pour le diabète. Puis ça fait déjà 3 jours qu'il est hospitalisé. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Pour pallier cette lacune, l'infirmière pivot a commencé à faire des tournées sur les unités de soins :

*« Je passais à tous les jours sur les départements, puis là je leur mentionnais : « Ok je suis venue voir tel patient. ». Je leur disais un résumé : « Ok j'ai fait telle affaire avec lui. », j'expliquais, je disais vraiment... ce que j'avais fait avec le patient... Puis ils savaient que s'il y avait quelque chose de particulier, ils pouvaient m'appeler pour n'importe quoi : par rapport à l'enseignement sur le diabète, ou s'il est arrivé telle affaire. Ils savaient qu'ils pouvaient m'appeler... Faire que ce soit un réflexe; qu'ils pensent à appeler l'infirmière pour le diabète. C'est vrai que moi je parlais avec l'assistante, je parlais aussi avec les infirmières qui travaillaient. À un moment donné, j'avais quand même ... je pourrais dire que j'avais quand même une belle relation avec le personnel infirmier. Parce que quand il y avait quelque chose, ils pensaient : « Ah! on*

*va appeler Y, Y va venir. », « J'ai pensé à toi, je suis avec une patiente » ... On avait un bellboy, ils laissaient un message sur la boîte vocale dans le bureau, ou ils nous appelaient sur notre téléavertisseur. Ils disaient : « Ok, j'ai tel patient, dans telle chambre, viens me voir. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

La déstabilisation du mode de fonctionnement et de suivi des patients diabétiques hospitalisés a créé des opportunités pour modifier les règles du jeu de collaboration au sein de la région avec la mise en place d'un moyen de communication personnalisé reliant l'hôpital et l'ensemble des GMF de la région, chose mise en application par l'infirmière pivot avec les GMF :

*« Moi ce que je faisais, les GMF quand les patients avaient leur congé, j'envoyais toujours un suivi au CLSC, toujours. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Le CLSC :

*« J'ai un patient qui est venu, il est hospitalisé, il s'en va avec un nouveau diagnostic de diabète, bien tout de suite, le CLSC, j'ai envoyé un suivi pour qu'il soit au courant. ... Puis il fallait que je demande la permission aux patients aussi, s'ils voulaient. Parce qu'il y a des patients qui nous disaient : « Non, envoie-moi pas de suivi au CLSC, je n'irai pas au CLSC. ». Parce qu'il y en a qui disaient : « Ça ne m'intéresse pas. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Les endocrinologues :

*« Ah! Ça je n'ai aucun problème, ... Non, ça c'était l'infirmière qui ... elle se sent valorisée vraiment dans son rôle, parce que dans le fond, le moins qu'il y avait quelque chose : « Ah! on appelle mon infirmière! » « Ah! on appelle mon infirmière! », ... Ça, c'était excellent comme ... » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Les pharmaciens de l'hôpital :

*« Je me souviens très bien, je n'ai jamais eu de problème avec les pharmaciens de l'hôpital, je trouve qu'ils étaient d'une bonne aide, puis à un moment donné, ils nous expliquaient certaines choses : « Ouais, parce que sa créatine est ça, puis il y a ça. On irait avec ça. ». « Oui, friendly puis bien collaboré, oui. Moi, c'était excellent, » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Mais aussi avec les pharmaciens communautaires:

*« Bien les pharmaciens, on travaille conjointement, quelquefois, il y avait tel médicament ou je ne sais pas, il y avait quelque chose de particulier. Parfois, le médecin, le pharmacien, oui, on travaillait ensemble. Mais je n'avais pas de problème avec les pharmaciens, même les pharmaciens étaient en contact avec le médecin... si j'ai, disons,*

*une suggestion au pharmacien, le pharmacien dit « Bien oui, ça a bien de l'allure. ». Ce gars-là il fait juste proposer au médecin, puis le médecin... » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Cela a grandement favorisé l'existence d'alliances fortes, non seulement avec l'équipe qui entoure l'infirmière pivot à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi avec les partenaires externes à l'hôpital.

Ce projet pilote illustre bien la prise en charge pluridisciplinaire des patients diabétiques et la mise en commun nécessaire des moyens et compétences de chacun des acteurs impliqués dans la région auprès de ces patients à savoir le médecin traitant en GMF, l'infirmière et le CLSC. D'autre part, la direction médicale et administrative et notamment la directrice des soins de l'hôpital avaient soutenu sans réserve le développement du programme d'éducation thérapeutique par l'infirmière pivot.

#### *4.4.1.6 Fin du projet pilote et ouverture du poste*

Des résultats positifs et significatifs ont été atteints par le projet pilote du suivi des patients diabétiques hospitalisés par l'infirmière pivot, tant sur le plan clinique qu'organisationnel.

Mentionnons par exemple les résultats obtenus visant à apporter un soutien à l'ensemble de l'équipe de soins sur les unités de soins, l'actualisation des rencontres hebdomadaires d'équipe de soins, les rencontres interdisciplinaires, l'approche de collaboration et de coopération, l'élaboration d'un outil de suivi pour le patient diabétique. Cela a permis d'assurer un corridor de soins dans le territoire.

Pour Denis et Champagne (1990) les enjeux liés à l'implantation ou à l'institutionnalisation de l'intervention concernent principalement les intérêts particuliers des acteurs. Un des acteurs importants identifiés par Goodmam et Steckler (1989) est le « champion du programme ».

Selon Goodman et coll. (1993), la présence de ce champion n'est pas suffisante; elle doit s'accompagner d'un processus d'ajustement normatif entre l'intervention et les composantes structurelles et sociales de l'organisation. Cet ajustement normatif s'opère par deux processus à savoir premièrement un renvoi à l'intégration de l'intervention dans les programmes existants, et le deuxième processus d'ajustement se fait par une modification des mécanismes de coordination.

Le bilan du projet pilote a permis à l'équipe de Dre Corbeil d'avoir un consensus sur le rôle de l'infirmière pivot et de convaincre ainsi les membres de l'organisation d'ouvrir officiellement le poste d'infirmière en suivi des patients diabétiques au sein de l'hôpital. Dans ce sens, nous constatons que cette modification organisationnelle a permis d'incorporer l'innovation et de l'intégrer dans les opérations standards de l'organisation (Beyer et Price, 1978).

Dès lors, nous sommes témoins d'un processus d'apprentissage menant à des conséquences sur le pilotage du changement d'envergure, plus particulièrement sur l'organisation des soins et services de santé.

Cela est confirmé par Dre Corbeil :

*« Finalement. Et là personne ne conteste ce poste maintenant qui est hyper important. C'est vraiment un pivot pour le patient qui transite à l'hôpital. »*

Du point de vue de l'infirmière pivot, ce qui a été mis en place, et qu'on entend poursuivre à l'hôpital, a permis de réduire les retours des patients :

*« Imagine-toi, avant le patient arrivait, il est diabétique, puis il sortait de l'hôpital, il n'avait pas vu d'infirmière. Il ne sortait pas avec un appareil nécessairement en glycémie. Il partait avec une prescription de médicaments, et ne savait pas comment ça agissait, il ne savait pas ... Disons... qu'on ne t'a pas dit qu'il faut que tu manges, si tu prends ton médicament bien tu ne manges pas, tu ne sais pas si tu vas faire une hypo.*

*Fait que non, non, d'emblée je suis certaine que le fait qu'il y ait ce service-là, ça aide de beaucoup... Dans le fond, la première personne qui est la plus importante, c'est le patient. C'est le patient qui va en bénéficier, puis veux, veux pas, le patient en bénéficie, mais c'est le système alentour qui va en bénéficier. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Cependant, deux difficultés principales sont soulevées après la fin du projet pilote et l'ouverture officielle du poste. La première est le manque de stabilité du personnel notamment celle des infirmières et la deuxième concerne le respect de la convention collective en matière de recrutement tout en ayant des critères de compétence en diabète. L'infirmière pivot qui a accepté de travailler dans ce poste et dans le projet pilote nous mentionnait :

*« La seule affaire que je savais depuis le début, c'est que ... On va revenir toujours là-dessus, sur les compétences, c'est-à-dire que moi, je ne suis pas bachelière. Fait que moi, je savais que même si je faisais la job pendant 4 ans, 5 ans, du moment qu'on affichait, bien qu'ils s'aperçoivent que ça fonctionne bien, qu'on va attribuer le poste à une bachelière. Je le savais d'emblée en partant que je ne l'aurais jamais. » [INFIRMIÈRE PIVOT].*

Ce manque de stabilité rend beaucoup plus difficile la mise en place du rôle de l'infirmière pivot et amène un problème de continuité des soins.

Une deuxième difficulté davantage en lien avec la compréhension du rôle de cette infirmière au sein de l'hôpital par les équipes de soins; il faut d'une manière constante faire le tour des unités de soins et non pas attendre les appels.

#### 4.4.2 Création et déploiement des ordonnances collectives (OC) au sein du territoire

La prise en charge des patients chroniques demande une organisation complexe, comprenant une capacité de suivi s'étalant sur une longue durée, une prise en charge coordonnée de la part de nombreux soignants ainsi qu'un accès ininterrompu à des médicaments et à un système d'information médicale. Il s'agit d'optimiser l'ensemble de la démarche pour favoriser l'implication active du patient et son autonomisation (Nolte et McKee, 2008). Cette organisation

des soins par les professionnels de la santé dans un contexte de maladie chronique nécessite parfois des outils de collaboration et de partenariat qui permettent de repenser la notion de services et le suivi des patients souffrant de maladie chronique. Des facteurs tels que l'implication d'une équipe multidisciplinaire, des moyens de communication efficaces (support informatisé), l'accès aux recommandations de bonnes pratiques et aux aides décisionnelles, méthodes d'éducation/autonomisation du patient (Harris et Zwar, 2007) contribuent à l'organisation des soins et à la prise en charge optimale des patients souffrant d'une maladie chronique.

Parmi les facteurs structurels, l'accès aux recommandations de bonne pratique (RBP) que ce soit sous la forme de colloque de formation, de standardisation des prises en charge (parcours clinique) ou de fiche de suivi est une ressource certaine (ressource).

De la même manière, l'accès aux consultations spécialisées (notamment celle des infirmières, celle du diabète : service de diabétologie, et des séances de l'autogestion) est apprécié. Une méta-analyse (Shojania et coll., 2006) avance que les cibles thérapeutiques sont mieux atteintes lorsqu'un gestionnaire de cas peut ajuster le traitement des personnes diabétiques, sans consultation préalable du médecin traitant, en utilisant des protocoles préétablis.

Parmi les moyens pour améliorer la complémentarité entre les médecins spécialistes, généralistes et les infirmières affectées à la prise en charge des patients en première ligne, le CLSC et les services à domicile figurent les ordonnances collectives qui permettent le partage et l'encadrement de certaines activités entre les médecins et les infirmières. Les OC permettent à l'infirmière d'étendre sa pratique autonome dans un cadre sûr pour lequel ses compétences sont mises à profit.

Qu'est-ce qu'une ordonnance collective (OC) :

*« L'ordonnance collective vise un groupe de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques. Elle permet à un professionnel de la santé ou à une personne habilitée d'exercer certaines activités réservées ou autorisées sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, et ce, dans les circonstances cliniques et aux conditions qui y sont précisées. Cela implique que la personne qui fait l'objet de l'ordonnance n'a pas, au préalable, à être évaluée par le médecin. » (Collège des médecins du Québec, 2017, page 6)*

L'exemple parfait de la mise en place et le développement des ordonnances collectives dans le réseau nous ont été mentionnés par Dre Corbeil :

*« On a tout développé cela en même temps. Les ordonnances collectives, c'est tout de suite après que les GMF ont ouvert. Donc on a formé des infirmières tout de suite et là il y a eu des comités qui se sont instaurés pour vraiment amorcer cela rapidement. »*

Lors du lancement des groupes de médecine de famille dans le territoire du Haut-Richelieu, l'équipe de soins spécialisés en diabète a entrepris des démarches afin de créer et de mettre en place des ordonnances collectives et assurer un déploiement progressif au niveau des GMF et des pharmacies afin de faciliter l'apprentissage au sein de la première ligne. Les ordonnances collectives (OC) donnent une marge de manœuvre aux non-médecins, notamment aux infirmières qui jouent ainsi un rôle élargi afin d'améliorer l'accès aux soins (Alvarado, 2007; Bodenheimer et al., 2014).

Dre Corbeil nous mentionnait dans ce sens que :

*« On a continué à former les infirmières en hypertension, diabète et dyslipidémie, les trois. Y a eu formation de comités pour l'élaboration des ordonnances collectives avec les infirmières. »*

Des outils, comme des listes à cocher, étaient utilisés par les infirmières des nouveaux GMF afin de rendre compte des tâches accomplies. Toutefois, d'après certains répondants, ces outils élaborés par le groupe d'experts n'étaient pas toujours utilisés, car les acteurs en GMF ne

« jouaient pas le rôle » prévu. L'enjeu était alors la peur de perdre leur autonomie. Un autre enjeu a été l'acceptation des ordonnances collectives par les médecins.

Pour faire face à cette situation, Dre Corbeil et un autre membre de l'équipe faisaient le tour des GMF pour parler des ordonnances collectives et expliquer leur utilisation :

*« Mais il fallait que ce soit accepté par les médecins des GMF. C'était cela aussi le défi. Quand ça a été fini, ils ont été entérinés par notre comité de pharmaco, puis ensuite il fallait que chaque GMF accepte de les utiliser ou non. On était libre. Fallait que les médecins signent s'ils étaient d'accord. »*

Et pour aussi combattre la peur et la résistance des médecins en GMF

*« Quand cela a commencé il fallait aller dans chaque GMF, pour démontrer des cas cliniques, puis de donner comme exemple comment utiliser l'ordonnance collective. Parce que les médecins avaient peur de l'utiliser, ils n'y voyaient pas vraiment d'avantage. »*

Les OC représentent des moyens concrets et modifient la prestation des soins en misant sur la collaboration professionnelle et facilitent la mobilisation des patients, en accord avec le Chronic Care Model (CCM) (Wagner, 1998). Les OC permettent le suivi plus fréquent des patients, un ajustement sécuritaire et rapide de la médication dans un environnement interactionnel qui stimule l'autogestion et des pratiques collaboratives et permet aux professionnels de la santé autres que les médecins d'être plus actifs et impliqués dans le suivi des maladies chroniques.

C'est ainsi que les membres du réseau de soins intégrés en maladie cardiovasculaire et diabète ont créé une structure autonome qui sera responsable de la mise en place des ordonnances collectives. Elle est composée de l'endocrinologue Dre Marie-Andrée Corbeil, l'infirmière clinicienne de la clinique du diabète du CSSS, et la pharmacienne de l'hôpital.

Par conséquent, le territoire a vécu une vague de déploiement d'OC ciblant à la fois les GMF et les pharmaciens en pratique communautaire :

- Printemps 2009 : déploiement de l'ordonnance collective (OC) pour l'ajustement de l'insuline par les infirmières en GMF.
- Printemps 2010 : déploiement de l'OC pour l'ajustement de l'insuline par les pharmaciens en pratique communautaire du territoire.
- Avril 2011 : déploiement de l'OC pour l'ajustement des hypoglycémiants oraux par les infirmières en GMF.
- 2012 : déploiement de l'OC pour l'ajustement des hypoglycémiants oraux par les pharmaciens en pratique communautaire.
- 2013 : Arrivée des ordonnances collectives provinciales

Le projet de déploiement des ordonnances collectives dans le territoire contribue à la structuration du réseau. L'Équipe le considère comme une réussite locale, mais aussi régionale et provinciale.

Cette section nous a permis de constater que la réussite de la mise en place des ordonnances collectives, à la fois dans les GMF et auprès des pharmaciens, a aussi été influencée par le leadership de Dre Corbeil et de son équipe. Nous voyons également sa capacité à surmonter les obstacles et garder en tête l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

#### 4.4.3 Mise en route de la communauté de pratique virtuelle (CdP) en diabète et dyslipidémie du CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Dans le but de continuer les échanges entre les professionnels de la santé du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, Dre Marie Andrée Corbeil, endocrinologue ayant aussi une formation en pharmacie, avait l'idée de lancer une communauté de pratique au niveau du territoire.

*« Donc après la communauté de pratique est venue un peu consolider tout ça. Parce que je voulais qu'entre eux aussi, ils voient, ils se parlent, ils échangent des façons de faire, pour que chaque GMF puisse... Dans ma tête, ce ne sont pas des concurrents. Il faudrait tous qu'ils travaillent dans le même sens. Mais au début, ce n'était pas nécessairement facile... La communauté de pratique, ça, ça a aidé pour ça, parce qu'on invitait aussi les médecins. C'est sûr qu'ils ne venaient pas tellement. Il est arrivé des fois, que j'en appelle certains directement ou que je m'invite à une réunion des médecins de famille de la région, pour juste présenter ce que je faisais. Est-ce qu'ils trouvaient que ça avait du bon sens. Je ne voulais vraiment pas avoir l'air de la fille qui veut aller gérer leurs affaires alors que je n'étais aucunement mandatée par personne pour faire ça. Moi jamais personne ne m'a dit : « Toi tu vas t'occuper des GMF. ». Je l'ai fait un peu de par moi-même puis je pense que ça a été relativement bien reçu, mais j'étais... je suis restée toujours très diplomate, parce que je me disais que si je voulais continuer il ne fallait pas que je me mette les gens à dos. Donc c'est sûr que ça a peut-être été un peu plus long à cause de ça. Mais ... »*

Dre Corbeil voulait améliorer le processus d'apprentissage et améliorer la pratique et les échanges entre les professionnels du territoire sous une forme de codéveloppement avec la communauté de pratique.

Le but a été de partager des idées, de résoudre des problèmes communs, d'augmenter la rapidité de transmission des meilleures pratiques (nouveau en diabète, lignes directrices...), de trouver des solutions et de coconstruire des objets nouveaux comme le CAIMC.

Sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, la communauté de pratique a été composée de médecins, d'infirmières et de pharmaciens intéressés. Les membres avaient accès à une plateforme virtuelle, COPOSIS, blogue, capsules scientifiques, articles, protocoles et ordonnances collectives. L'objectif a été de standardiser les soins et d'optimiser l'organisation du réseau.

Pour faciliter le transfert de connaissances, une plateforme virtuelle COPOSIS a été mise à la disposition des membres de la communauté. En 2014, on compte plus de 65 membres participant à la communauté de pratique (médecins spécialistes, médecins de famille, infirmières et nutritionnistes).

Le but de cette communauté de pratique virtuelle est de faire des réunions scientifiques semestrielles avec les membres afin d'échanger sur des études cas, appréciation et suggestions concernant le suivi systématique du patient diabétique dans la région ainsi qu'un volet scientifique selon les besoins des membres.

Un médecin en GMF nous mentionnait que :

*« Après ça, on s'est impliqués avec docteur Corbeil, et il y a une communauté de pratique dans la région qui fonctionne depuis environ ... Écoutez je vais vous dire de mémoire à peu près, 5 ans. Ok. Donc on se réunit une à deux fois par année. On partage. Justement avec Merck on s'est donné des outils pour évaluer nos pratiques. Évaluer l'atteinte de certains objectifs chez nos patients diabétiques entre autres l'hémoglobine glyquée, les LDL, l'atteinte des chiffres de tension artérielle. Une revue, pour s'assurer qu'on n'oublie pas la neuropathie, la rétinopathie. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2].*

Le même médecin nous disait que la participation à cette communauté de pratique lui a permis de mesurer l'impact de la collaboration et la perception au sein de son GMF :

*« Moi, personnellement, je participe à la communauté de pratique depuis qu'elle existe. Dans la communauté de pratique, une des choses qu'on a faite beaucoup, c'est de partager ... même il y a eu une étude de toute la région de Saint-Jean, où chaque GMF a été évalué en fonction de critères, puis on a fait comme un portrait global de la région. On s'est comparé à un portrait global au Canada, il y avait eu d'autres études au Canada. Puis après ça, on a eu, on avait un portrait de notre GMF, puis on est même allé jusqu'à donner un portrait individuel à chaque médecin sur l'atteinte d'objectifs. Fait que ça, ça a comme renforcé la présence des infirmières dans la gestion du diabète. » [MÉDECIN GÉNÉRALISTE 2].*

Ces différentes tâches à accomplir peuvent être difficiles à articuler lors de la consultation avec le patient, et nécessite de la part des médecins de première ligne des capacités d'adaptation.

Voici ce que souligne un participant par rapport à la pratique en communauté et à son influence sur la mobilisation des médecins généralistes :

*« Aussi la communauté de pratique a été un point important pour mobiliser les GMF de la région pour des formations, mise à jour pour eux, mais aussi leurs infirmières. » [INFIRMIÈRE 1]*

En résumé, la communauté de pratique de Saint-Jean-sur-Richelieu voulait mettre et favoriser la mise en place d'une structure de partage de connaissances entre ses membres.

## **Chapitre 5 : Implantation du centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques (CAIMC) (2013-2015)**

### **5.1 Stratégie de l'Agence de santé et des services sociaux en Montérégie**

Le plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2010) a parmi ses objectifs, celui de favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins. Le développement de services de première ligne intégrés en prévention et en gestion des maladies chroniques, incluant des services de réadaptation et d'autogestion, est également inscrit en tant qu'action prioritaire.

Dans notre récit, nous souhaitons entre autres montrer que les enjeux évoluent en même temps que la mise en œuvre du CAIMC. Le début du processus de changement et ses principaux enjeux sont la performance clinique ainsi que l'accès et la coordination des soins et services dans la région. La stratégie du groupe, formé principalement de plusieurs professionnels de la santé et des gestionnaires, a des répercussions sur l'implantation de ce nouveau centre et sur les actions de l'organisation. Les professionnels de la santé en GMF adhèrent progressivement à la vision globale de l'accompagnement du patient dans la région, en s'ouvrant davantage sur les autres acteurs du réseau dans la région, ce qui a augmenté considérablement le nombre de GMF impliqués. Dès lors, nous sommes témoins d'un pilotage du changement d'envergure avec un processus d'apprentissage ayant un impact sur l'organisation des soins et services de santé pour les patients diabétiques.

Dre Corbeil nous confiait que le CAIMC est une initiative de **l'Agence de santé et des services sociaux en Montérégie** dans laquelle le Haut-Richelieu pouvait s'inscrire :

*« Oui tout à fait, une rencontre avec l'Agence (elle n'existe plus maintenant) qui avait suggéré que chaque CSSS forme son CAIMC. J'ai fait une alliance avec la gestionnaire de notre programme pour mettre cela sur pied. Ce qui était bien, c'est que l'on avait le choix des maladies chroniques que l'on voulait prendre dans chaque CSSS. Cela a été un avantage. L'agence ne nous dictait pas complètement la marche à suivre, mais le but était d'arrêter de travailler en silo et de faire des liens tout autour du patient avec les autres spécialistes et professionnels de la santé pour éviter toute duplication de service avec les GMF et tout cela. »*

Puis concernant le choix de la maladie chronique, Dre Corbeil nous mentionnait :

*« Au début c'était hypertension, ..., diabète. Dans le fond, c'était la clinique de diabète comme elle était déjà, puis on venait rajouter les insuffisants rénaux et les MPOC. Au début on voulait aussi rallier l'insuffisance cardiaque. On s'est rendu compte que l'on avait tous les mêmes patients sauf peut-être en MPOC, mais pour néphro, cardio, endo... Ce sont des patients lourds qui demandent beaucoup beaucoup de ressources, qui sont souvent hospitalisés. On s'est dit qu'être tous les professionnels de santé dans une même place pour ses patients là, c'était la meilleure façon de travailler. »*

Et surtout reconnaître chacun comme acteur, lui laisser une place et travailler en équipe multidisciplinaire comme le mentionne Dre Corbeil :

*« Oui, puis c'est là que nous avons eu plus d'arguments pour aller chercher d'autres professionnels de la santé. On a fait tout le tour de ses ressources, voir ce qui nous manquait et c'est ce qui nous a donné des arguments pour aller chercher d'autres ressources comme le kinésiologue... »*

Dans ce sens, la direction générale du Haut-Richelieu-Rouville a informé l'équipe de Dre Corbeil en mars 2014 que finalement l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, leur permettait d'utiliser les fonds refusés par un GMF, pour la création de trois postes de professionnels à temps plein pour le centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques.

Dre Corbeil nous disait :

*« Wow, Quelle nouvelle extraordinaire. Incroyable nouvelle par un beau samedi matin.... on nous donne enfin les moyens de nos ambitions; le stress en moins de devoir toujours faire des demandes de financement est on ne peut plus apprécié... Nous pouvons donc financer les professionnels suivants : une infirmière clinicienne à temps plein, une nutritionniste à temps plein et un kinésologue à temps plein et cela nous permettra de financer les postes qui étaient tributaires des dons des compagnies pharmaceutiques. »*

Les regroupements d'activités oblige à repenser l'organisation du travail et du fonctionnement antérieur. Il faut inventer l'organisation future et non pas juste reproduire l'existant. Pour cela l'institution a besoin de tous les acteurs mobilisés autour d'un projet en commun.

Aux yeux des intervenants, le Dre Corbeil devenait l'image associée au CAIMC, d'autant plus qu'elle était officiellement l'initiatrice de la réflexion sur la gestion des maladies chroniques. Cet acteur possédait une source de pouvoir particulière provenant de ses connaissances scientifiques, de son statut de médecin spécialiste et de sa formation antérieure en pharmacie. Elle pouvait aussi compter sur son savoir-faire, ses compétences et sa connaissance du contexte. Cela contribuait à conférer à son équipe une légitimité certaine (Bernoux, 1985; Crozier et Friedberg, 1977).

L'analyse documentaire nous a révélé que la démarche s'est faite en plusieurs étapes. Dans un premier temps, ils ont envoyé un questionnaire en lien avec la problématique du diabète à tous les établissements. Après l'analyse des réponses, le groupe de travail a priorisé certains éléments, notamment les centres d'enseignement du diabète. Et ils ont aussi découvert une certaine défaillance au niveau de l'organisation des services.

C'est dans ce sens que le groupe de travail composé entre autres de Dre Corbeil, la direction générale et l'infirmière clinicienne, est arrivé à la conclusion que l'offre des services de soins en première ligne devait être en parfaite adéquation et adaptée à la réalité locale, avec une approche

centrée sur la personne, et que l'utilisateur devait être partenaire à ses soins. Il était aussi important d'intervenir rapidement auprès des usagers une fois la maladie diagnostiquée et de tirer profit de l'historique de la prise en charge du patient diabétique.

Finalement, le groupe de travail a pu mobiliser les acteurs de la région et contribuer à l'émergence de liens de confiance. Cette volonté de changement organisationnel dépend donc de la construction d'un contexte favorable aux occasions d'apprentissage et à l'émergence de liens de confiance entre les acteurs organisationnels (Argyris, 1993; Soparnot, 2004). Le groupe donnait donc un sens à son projet de changement et ceci permettait aux acteurs du système de santé de s'interroger sur les manières avec lesquelles ils devaient agir collectivement pour uniformiser les soins.

Dre Corbeil nous mentionnait:

*« Le but c'est d'encore plus uniformiser les soins, améliorer les performances de notre réseau. On s'est dit que l'on a bien réussi en diabète, on devrait être aussi capable de le faire avec d'autres maladies chroniques. C'était d'utiliser les mêmes structures, réutiliser les démarches que l'on avait faites tous les contacts que l'on avait pour essayer d'étendre cela à d'autres maladies chroniques. C'est vraiment cela le but... »*

Cette intervention précoce dans le processus est importante en vue de limiter les complications et diminuer l'impact des gros consommateurs sur le système. D'où l'importance de revoir l'organisation des services en lien avec les maladies chroniques et des grands utilisateurs de services. C'est ainsi que l'implantation d'un CAIMC est en continuité avec ce que nous avons décrit. Ce processus social de construction et de reconstruction de sens nourrissait impérativement l'action sociale et permettait ainsi aux acteurs concernés de réfléchir sur les priorités et préférences à implanter (Sutcliffe, et Obstfeld, 2005).

C'est ainsi que nous assistons à une illustration éloquent de la dynamique de l'évolution de l'organisation des services vers une nouvelle approche de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques pour le CSSS; une approche visant une coordination des services efficace et optimale.

Pour pallier les difficultés dans l'organisation de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, le groupe de travail s'est inspiré des travaux réalisés dans d'autres régions, notamment celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie et a organisé un forum d'experts. L'objectif du forum d'experts était d'alimenter les réflexions des décideurs quant à l'organisation des services intégrés en première ligne pour les usagers adultes atteints de diabète et autres maladies chroniques afin d'assurer un suivi systématique optimal et diminuer le pourcentage des gros utilisateurs aux urgences.

De plus, la prévalence de ces maladies est en croissance en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement de l'espérance de vie. Dans ce sens, un membre de l'équipe nous a confirmé que l'amélioration de la performance au sein du réseau a été un objectif important afin d'inclure les autres maladies chroniques. On a bénéficié du succès dans le domaine du diabète.

En Montérégie, deux variantes du CCM sont répertoriées dans la documentation soit le « Modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM) » de (Wagner, 1998) (ASSSM, 2012) et le « Modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques (E-CCM) », utilisé par le Groupe de

travail maladies chroniques du RCA Santé physique<sup>19</sup> et retenu dans le cadre des travaux du Projet clinique Santé physique Maladies chroniques. Cela permettait de bâtir sur les assises.

Le groupe de travail s'est basé sur un modèle local qui puise dans les deux modèles reconnus en gestion des maladies chroniques; d'un côté la **Pyramide de Kaiser Permanente**, qui repose sur une typologie de gestion des patients en fonction de leur profil de risque présentée dans la pyramide de Kaiser qui permet une intégration des soins combinant la prévention, les soins primaires et les soins secondaires. Et de l'autre côté, **l'Expanded Chronic Care Model (E-CCM)** développé par la Colombie-Britannique issu du Chronic Care Model (CCM).

Le E-CCM vise globalement à générer des équipes de soins proactives et intégrées, qui interagissent avec des patients informés et actifs, en y associant les services de la communauté.

Il comprend plusieurs éléments (Barr et coll., 2003) notamment la conception du système de prestation / réorientation des services de santé, le soutien à l'autogestion des soins, le soutien à la décision clinique, le développement de systèmes d'information clinique, l'utilisation des ressources communautaires et l'organisation d'ensemble du système de santé.

À cet égard, les propos d'un des deux répondants sur le choix de la pathologie et la raison de lancer le processus de l'implantation du E-CCM :

*« Au début c'était hypertension, ..., diabète. Dans le fond, c'était la clinique de diabète comme elle était déjà, puis on venait rajouter les insuffisants rénaux et les MPOC. Au début on voulait aussi rallier l'insuffisance cardiaque. On s'est rendu compte qu'on avait tous les mêmes patients sauf peut-être en MPOC, mais pour néphro, cardio, endo. Ce sont des patients lourds qui demandent beaucoup beaucoup de ressources qui sont souvent hospitalisés. On s'est dit qu'être tous les professionnels de santé dans une*

---

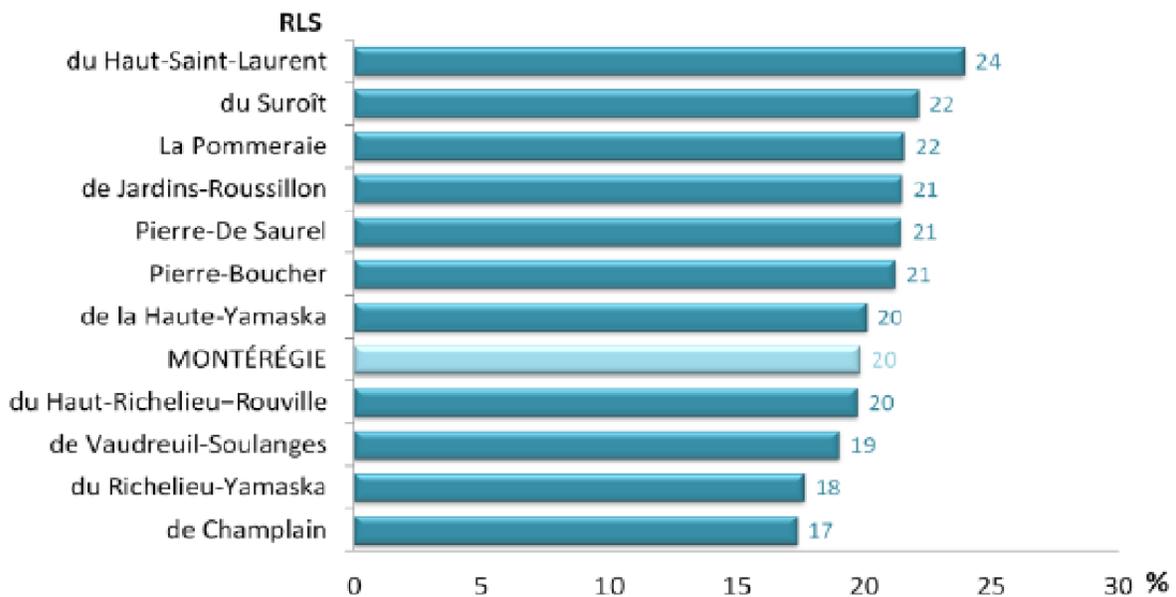
<sup>19</sup> ASSSM, RCA Santé physique, Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques, Groupe de travail maladies chroniques, document de travail, 2012

*même place pour ses patients là, c'était la meilleure façon de travailler. » [INFIRMIÈRE 1]*

## 5.2 Portrait de la situation :

Les travaux du Groupe de travail sur les maladies chroniques s'appuient sur des données de 2009. Selon le profil de la situation en 2009 au niveau de la population des Québécois de 18 ans et plus vivant en ménage privé, 20 % des personnes se disent actuellement atteintes d'au moins une maladie chronique. Les maladies chroniques incluses comprennent le cancer, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les troubles liés à un AVC.

**Proportion de la population de 18 ans et plus actuellement atteinte d'au moins une maladie chronique, RLS et Montérégie, 2009**



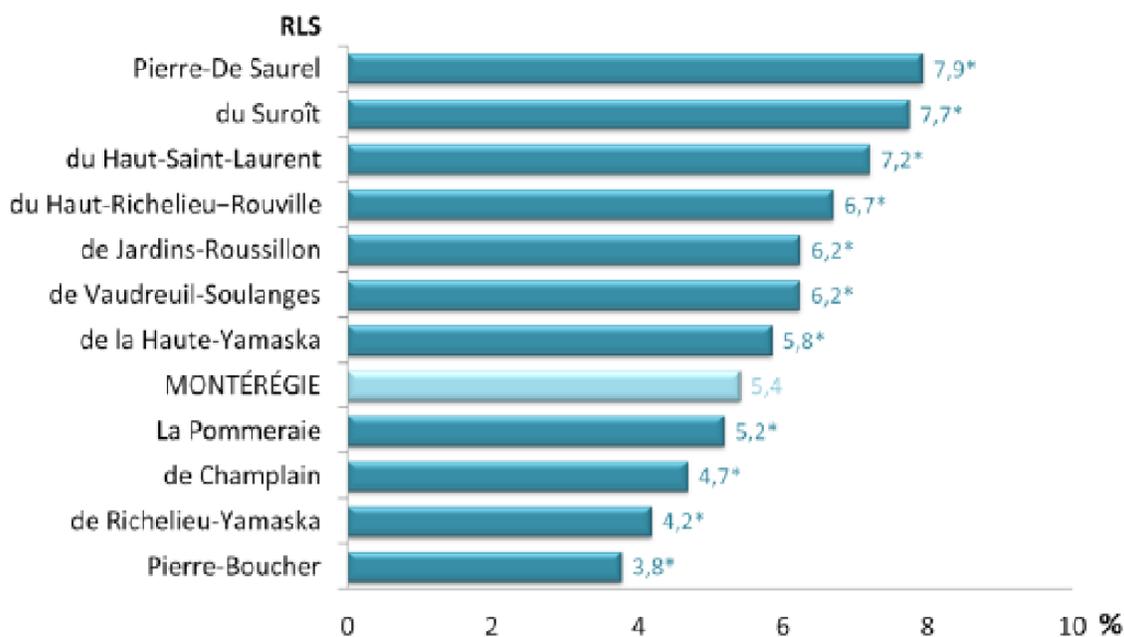
Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 5. - Proportion de la population de 18 ans et plus actuellement atteinte d'au moins une maladie chronique, RLS et Montérégie

Toujours en 2009, environ 5,4 % des Montérégiens de 18 ans et plus vivant en ménage privé déclarent avoir au moins deux maladies chroniques au cours de leur vie. Aucun RLS ne se distingue significativement de la Montérégie sur le plan statistique.

**Proportion de la population de 18 ans et plus ayant déjà été atteinte d'au moins 2 maladies chroniques, RLS et Montérégie, 2009**



\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 6. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant déjà été atteinte d'au moins deux maladies chroniques, RLS et Montérégie

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a plus que doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 11 021 personnes en 2010-2011. Le vieillissement de la population, de même que l'augmentation de la sédentarité et de l'obésité au sein de la population ne sont pas étrangers à la tendance observée. Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 41 % dans le RLS HRR. Fort heureusement, cette hausse de la

prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8,3 % dans le RLS-HRR.

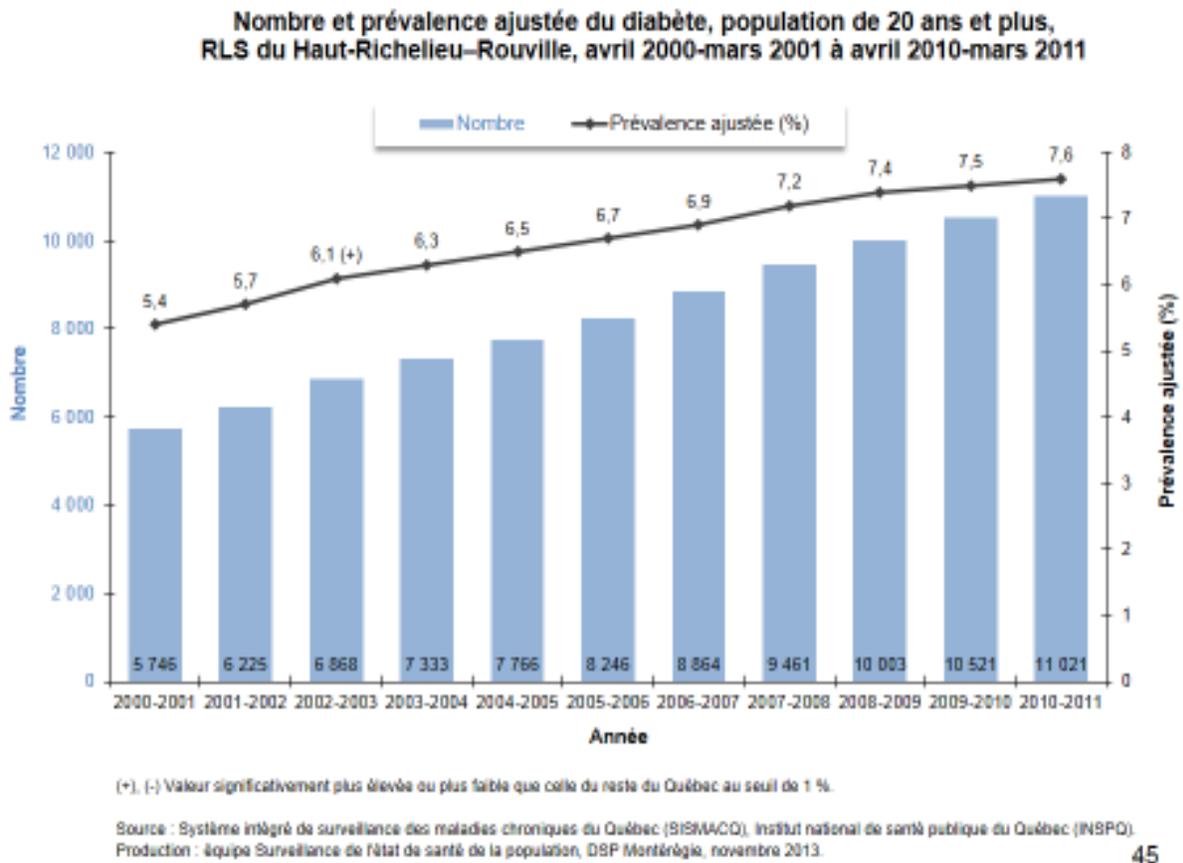


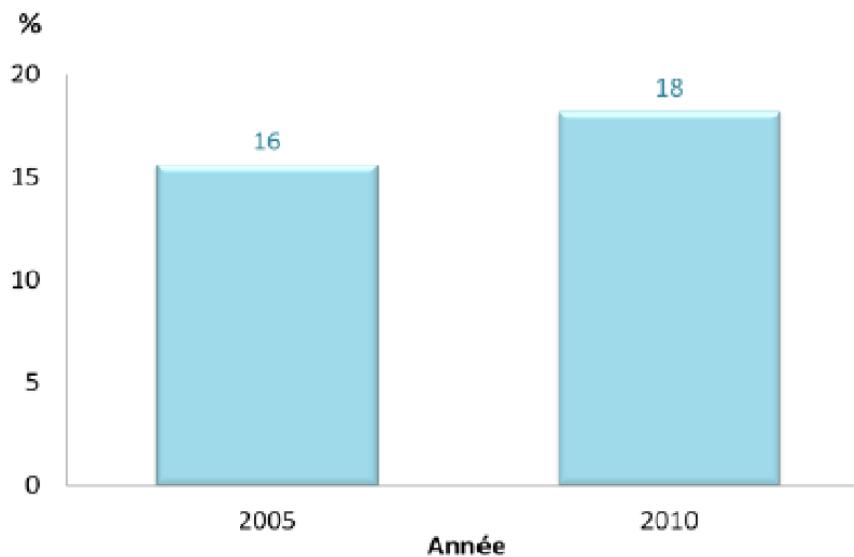
Figure 7. - Nombre et prévalence ajustée du diabète, population de 20 ans et plus, RLS du Haut-Richelieu-Rouville

Selon le Système intégré de surveillance des maladies chroniques au Québec (SISMACQ), en 2010-2011, la prévalence ajustée selon l'âge du patient diabétique s'élève à 7,8 % chez les Montérégiens de 20 ans et plus. Cela correspond à plus de 97 300 personnes. Selon le RLS, cette proportion varie de 7,1 à 9,3 %. Dans le RLS HRR, la proportion est de 7,6 %.

### 5.2.1 Profil des hospitalisations

En 2005, environ 16 % de la population de 18 ans et plus de la Montérégie a été hospitalisée au moins une fois au cours des deux dernières années. En 2010, cette proportion s'élève à environ 18 %, soit une proportion significativement plus élevée qu'en 2005.

**Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des 2 dernières années, Montérégie, 2005 et 2010**



Source : Équipe Santé des Populations et Services de santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1<sup>re</sup> ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

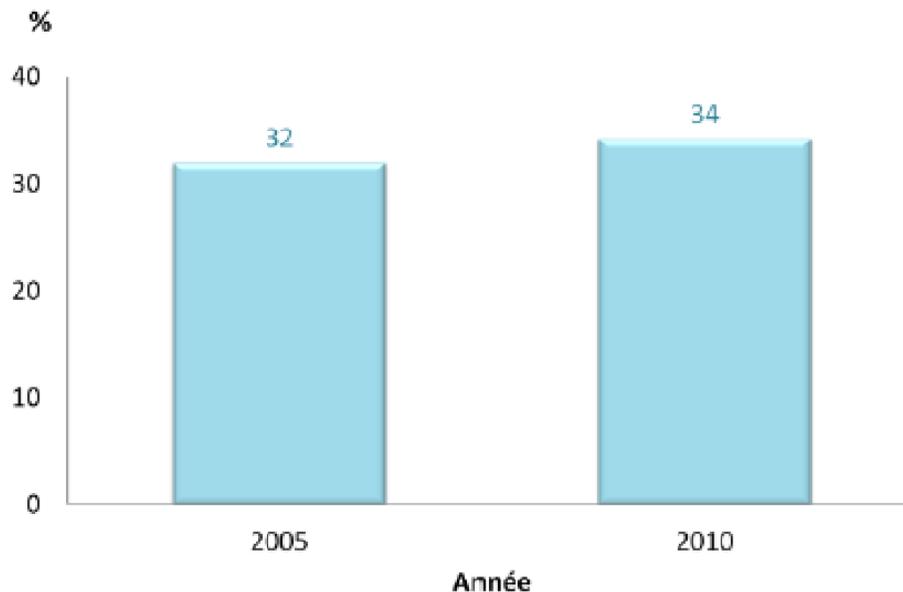
Production: équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 8. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des deux dernières années, Montérégie

#### 5.2.1.1 Consultation à l'urgence

En 2005, environ 32 % de la population de 18 ans et plus de la Montérégie a consulté à l'urgence au moins une fois au cours des deux dernières années. En 2010, cette proportion s'élève à environ 34 %, soit une hausse significative sur le plan statistique.

**Proportion de la population de 18 ans et plus ayant consulté à l'urgence  
au moins une fois au cours des 2 dernières années,  
Montréal, 2005 et 2010**

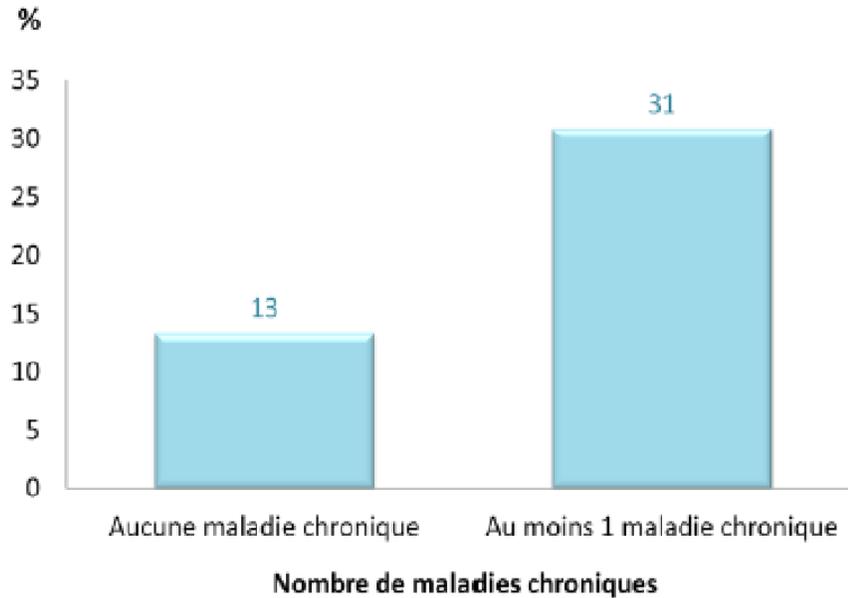


Source : Équipe Santé des Populations et Services de santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1<sup>re</sup> ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.  
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 9. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant consulté à l'urgence au moins une fois au cours des deux dernières années, Montérégie

En 2010, environ 13 % des Montérégiens de 18 ans et plus n'ayant aucune maladie chronique ont été hospitalisés au moins une fois au cours des deux dernières années. Chez les personnes atteintes d'au moins une maladie chronique, cette proportion s'élève à environ 31 %, soit une proportion significativement plus élevée.

**Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des 2 dernières années selon le nombre de maladies chroniques, Montréal, 2010**



Source : Équipe Santé des Populations et Services de santé, DSP de l'ASSS de Montréal/INSPQ, Enquête auprès des organisations de 1<sup>re</sup> ligne de Montréal et de la Montérégie, 2010.

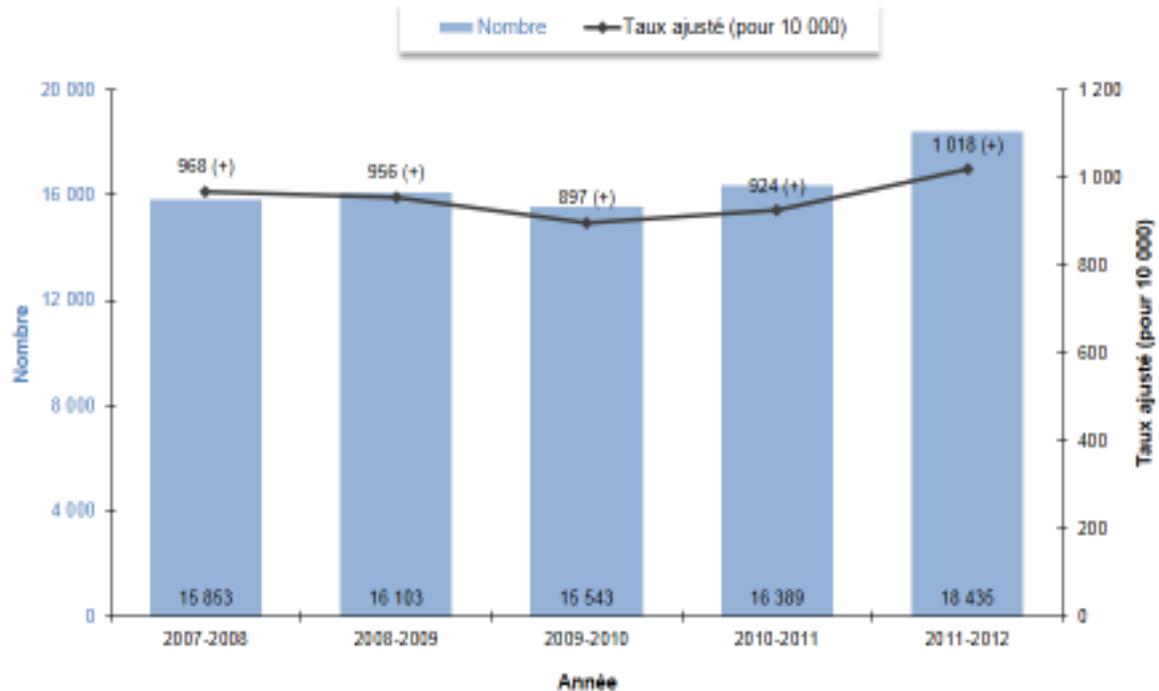
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 10. - Proportion de la population de 18 ans et plus ayant été hospitalisée au moins une fois au cours des deux dernières années selon le nombre de maladies chroniques, Montérégie

**5.2.1.2 Hospitalisations en soins physiques courte durée**

Le nombre d'hospitalisations dans le RLS HRR est demeuré relativement stable jusqu'en 2010-2011, se situant aux alentours de 16 000 hospitalisations. Entre 2010-2011 et 2011-2012, le nombre d'hospitalisations est passé de 16 389 à 18 435, soit une augmentation de 12 %. Depuis 2007-2008, le taux ajusté d'hospitalisations est significativement plus élevé dans le RLS HRR qu'au Québec.

**Nombre et taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée, RLS du Haut-Richelieu–Rouville, avril 2007-mars 2008 à avril 2011-mars 2012**



(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil de 5 %.

Sources : M888, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO;

M888, Estimations et projections démographiques, édition avril 2012.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

55

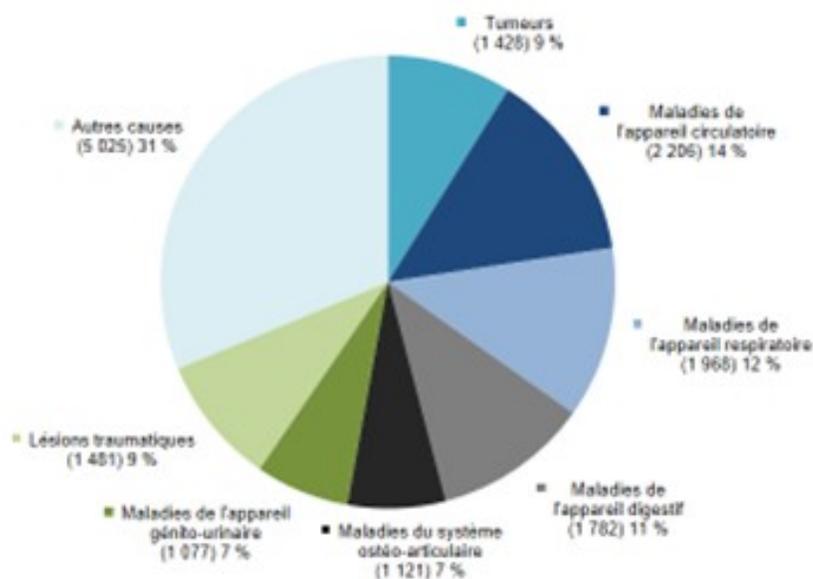
Figure 11. - Nombre et taux ajusté d'hospitalisations en soins physiques de courte durée, RLS du Haut-Richelieu-Rouville

En 2011-2012, les cinq principales causes d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour la population du RLS HRR sont :

- les maladies de l'appareil circulatoire (14 %);
- les maladies de l'appareil respiratoire (12 %);
- les maladies de l'appareil digestif (11 %);
- enfin, les tumeurs et les lésions traumatiques (9 %).

La répartition des hospitalisations selon la cause est sensiblement la même selon le sexe. On constate toutefois un écart important en ce qui a trait à la part relative des hospitalisations pour les maladies de l'appareil circulatoire. Chez les hommes, ces maladies sont responsables de 16 % des hospitalisations comparativement à 11 % des hospitalisations chez les femmes. Cette répartition des hospitalisations selon la cause exclut les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité. En les incluant, ces dernières représenteraient 23 % de l'ensemble des hospitalisations chez les femmes.

**Répartition, en nombre et en proportion, des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause, RLS du Haut-Richelieu-Rouville, avril 2011 à mars 2012**



Note : Les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité sont exclues.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

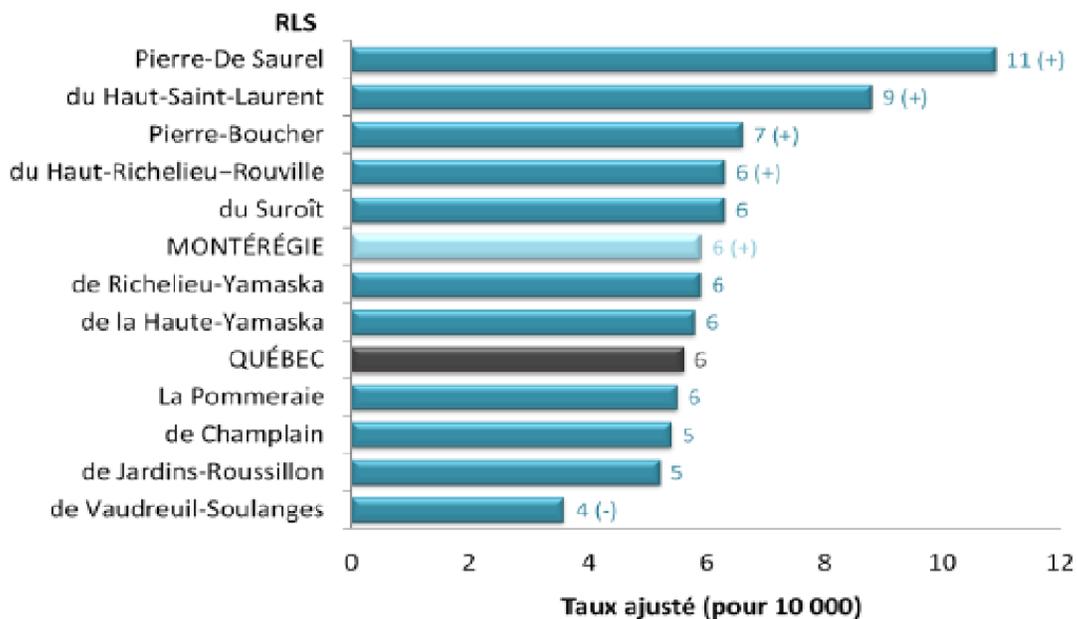
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

Figure 12. - Répartition en nombre et en proportion des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause, RLS du Haut-Richelieu-Rouville

### 5.2.1.3 Hospitalisation courte durée pour diabète

Entre avril 2009 et mars 2012, on compte en moyenne 861 hospitalisations par année dues au diabète en Montérégie. Cela correspond à un taux ajusté de six hospitalisations pour 10 000 personnes, soit un taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec (5,5 pour 10 000).

**Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour diabète, RLS, Montérégie et Québec, avril 2009 à mars 2012**



(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec au seuil 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO); MSSS, Estimations et projections démographiques, édition avril 2012.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2013.

Figure 13. - Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour diabète, RLS, Montérégie et Québec

En conclusion, les 219 000 Montérégiens qui disent souffrir d'au moins une maladie chronique témoignent du lourd fardeau que ces maladies représentent. En 2009, 43 % des adultes montérégiens atteints de maladies chroniques avaient visité l'urgence au cours des deux années précédentes alors que cette proportion n'était que de 24 % pour les Montérégiens sans maladie

chronique. Les personnes avec maladies chroniques étaient également plus nombreuses à avoir été hospitalisées (32 % vs 11 %). Ces chiffres démontrent d'une manière très claire l'urgence d'agir.

D'ailleurs, poussée dans son désir d'envoyer un message clair aux acteurs concernés sur la nécessité d'introduire des transformations et du changement dans les pratiques, la haute direction a autorisé l'ajout d'une adjointe administrative pour accompagner Dre Corbeil. Ainsi, la mise en œuvre du Centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques (CAIMC) a débuté en août 2013.

Cela a permis le début des travaux des comités en septembre de la même année. Ces travaux ont consisté non seulement à recenser les ressources en place et les types de services offerts pour la clientèle avec maladies cardiaques, insuffisance rénale, MPOC, diabète, HTA et dyslipidémie, mais également à identifier les lacunes et les services précaires, à identifier les besoins de la première ligne et les activités déjà existantes en prévention des maladies chroniques. En avril 2014, l'Agence de santé de la Montérégie a autorisé l'ajout des postes suivants : infirmière clinicienne, nutritionniste et kinésiologue. Quant à l'équipe de protection rénale, ce n'est qu'en juillet 2014 qu'elle a pu être intégrée. Les activités de kinésithérapie n'ont alors commencé qu'en septembre 2014. L'ajout de ces membres au sein de l'équipe a contribué positivement à l'avancement des travaux de réflexion autour du CAIMC.

Dans ce sens, le groupe de travail a procédé en date du 31 mars 2015 à la remise finale d'un document présentant la trajectoire de services pour le centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques, le CAIMC contenant à la fois le but, les objectifs, les

membres de l'équipe d'intervention interdisciplinaire et leurs rôles, les modalités d'inscription, le fonctionnement et la planification des activités cliniques, le traitement des références vers le CAIMC avec la définition des critères d'exclusion et d'admission des patients ainsi que la façon de faire pour améliorer la prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique.

### **5.3 But du CAIMC**

La mise en place du CAIMC a pour principal objectif d'améliorer l'état de santé de la population atteinte de maladies chroniques grâce à une approche interdisciplinaire des intervenants. Ainsi, ce centre vise entre autres à optimiser les ressources disponibles tout en privilégiant une approche intégrée auprès de la clientèle.

### **5.4 Objectifs de la mise en place d'un CAIMC**

Le CAIMC vise à offrir des services tout en tenant compte des différentes trajectoires de prestations de soins actuelles au sein du CSSS et en privilégiant les enseignements de groupe et en développant des liens de collaboration intersectorielle et communautaire (RLS).

Cette approche permettra entre autres d'optimiser les ressources disponibles tout en privilégiant une approche de groupe auprès de la clientèle, d'assurer une gamme de services appropriée à son état de santé au même endroit et une cohérence dans l'enseignement pour la clientèle du territoire. Une répondante de la haute direction mentionnait qu'elle a fait le suivi même auprès de la Fédération des médecins spécialistes pour le paiement d'honoraires lors des réunions de service ou des comités :

*« J'ai parlé avec la directrice adjointe aux affaires médicales qui m'a informée que la Fédération des médecins spécialistes avait négocié le paiement d'honoraires par la RAMQ lorsque les médecins spécialistes participent à des réunions cliniques, de services ou des comités de travail et ce, depuis le 1er janvier 2014. Compte tenu de l'implication*

*de Dre Corbeil au sein du comité de coordination du continuum de services pour les maladies chroniques et à d'autres réunions cliniques, elle l'a invité à contacter la directrice adjointe aux affaires médicales par courriel ou par téléphone pour obtenir toutes les informations qui lui seront utiles... »*

Au niveau des interventions, le CAIMC espère miser sur des interventions qui s'avèrent complémentaires entre les différents intervenants en donnant accès à des outils communs, afin de faciliter la prise de décisions éclairées et un travail efficient des professionnels. Encourager le soutien à l'autogestion par les professionnels de la première ligne auprès des usagers, notamment par la formation et le développement d'outils et de compétences au niveau du personnel.

De plus, la stratégie d'intervention favorisera l'autogestion de la maladie par l'utilisateur. Il s'agit d'abord et avant tout d'une philosophie de soins et d'intervention où la personne est responsable de gérer sa maladie et sa santé. Grâce aux compétences acquises par l'éducation thérapeutique et la réflexivité sur sa propre expérience (Flora, 2012), le patient peut renforcer ses capacités d'autodétermination et d'autogestion (Lorig et al. 2001). Non seulement l'autogestion consiste à appliquer des stratégies éducatives, mais aussi à intervenir en permettant le développement et l'application de nouvelles compétences et aptitudes ainsi que de nouveaux comportements (McGowan, 2007).

## **5.5 Mandats**

Le Comité de direction du CSSS Haut-Richelieu-Rouville met l'interdisciplinarité au cœur de ses façons de faire. Son mandat est de travailler de concert avec l'équipe de coordination locale pour influencer les partenaires internes et externes, afin de favoriser une collaboration intersectorielle et communautaire de soutien et d'adaptation dans la communauté.

En plus des professionnels issus de plusieurs disciplines directement impliqués dans l'équipe, le personnel d'autres directions comme celles de la direction de la santé publique ou du centre de rééducation respiratoire, collaboreront étroitement avec les acteurs aux actions.

De plus, les liens avec le réseau local de services (pharmaciens communautaires, médecins, organismes communautaires, etc.) devront être tissés afin de répondre de façon plus efficace au défi que présente le fardeau des maladies chroniques sur le système de santé.

Le groupe de travail composé de Dre Corbeil et ses collaborateurs avec la collaboration de la direction générale, cherche l'atteinte d'une collaboration au sein du territoire entre le CSSS, les GMF ainsi que les acteurs du RLS afin d'assurer une responsabilité partagée et d'offrir une gamme complète de services aux usagers.

D'où l'importance de la mise en place de deux comités : un comité tactique et un autre stratégique afin d'assurer une bonne coordination et un suivi des grands utilisateurs de services.

## **5.6 Chronologie de la mise en place des équipes du CAIMC**

La mise en œuvre du CAIMC a débuté en août 2013. L'ajout d'une adjointe administrative au Dre Corbeil a permis le début des travaux des comités en septembre de la même année. Ces travaux ont consisté non seulement à recenser les ressources en place et les types de services offerts pour la clientèle avec maladies cardiaques, insuffisance rénale, MPOC, diabète, HTA et dyslipidémie, mais également à identifier les lacunes et les services précaires ainsi qu'à identifier les besoins de la première ligne et les activités déjà existantes en prévention des maladies chroniques.

## 5.7 Évaluation de la performance

Pour évaluer la performance du CAIMC, le **Groupe de travail** a mis en place des processus d'évaluation sous différents critères. Les résultats des évaluations seront utilisés pour ajuster les activités du CAIMC. Ces évaluations se feront sur une base périodique et annuelle. Notons :

- **L'évaluation du processus** : évaluation de l'efficacité des nouveaux processus mis en place.
- **Évaluation de l'efficacité** : évaluation du nombre de références reçues, du nombre de groupes annuellement, du nombre de patients vus en groupe, du nombre de rencontres individuelles, du nombre de patients vus en groupe et en individuel et du nombre d'épisodes de services fermés.
- **Évaluation des connaissances et résultats cliniques** : évaluation des connaissances des participants par un questionnaire rempli à la fin des cours de groupe et évaluation de paramètres cliniques précis : hémoglobine glyquée, tour de taille, poids, quantité d'activité physique hebdomadaire, TA).
- **Évaluation de l'impact sur le système hospitalier** : évaluation des hospitalisations et des urgences en lien avec les maladies chroniques prises en charge par le CAIMC.
- **Évaluation de la satisfaction de la clientèle** : évaluation de la satisfaction des services par la clientèle en individuelle et en groupe et évaluation de la satisfaction des services par les professionnels référents.
- **Évaluation du personnel** : évaluation annuelle.

## **5.8 La place de l'autogestion au sein du CAIMC**

C'est le Modèle élargi des soins aux maladies chroniques (E-CCM) qui a été adopté comme modèle de référence en maladies chroniques au sein du territoire. Il comprend des éléments du domaine de la promotion de la santé de la population et le soutien à l'autogestion est un élément essentiel d'une approche systémique à l'amélioration des résultats personnels et généraux, relativement aux maladies chroniques.

L'éducation à l'autogestion du patient est un attribut du modèle mis en place que nous avons choisi de regarder de près. Cela nous permettra ensuite de discuter de la pertinence de la pratique de l'autogestion en diabète.

Le groupe de travail du CAIMC Haut-Richelieu en maladies chroniques s'est toujours fixé comme objectif l'amélioration de l'autogestion pour les patients afin d'avoir un impact sur les soins et services en première ligne. La question de l'amélioration de l'autogestion a toujours été présente dans l'esprit des intervenants à savoir la clinique du Réseau local Haut-Richelieu-Rouville, l'équipe de l'hôpital et du CSSS.

Dans le passé, l'équipe de la clinique du diabète du CSSS avait lancé un chantier pour promouvoir l'autogestion auprès des usagers de la même clinique. Au cours de ce projet, un programme d'autogestion, à destination des patients atteints de diabète, a ainsi été élaboré. Outre la mise en place de ce programme, l'objectif était également d'être capable de sensibiliser le reste de l'équipe à la démarche d'autogestion et de pouvoir impliquer d'autres soignants dans le territoire du CSSS; chose devenue possible grâce au CAIMC qui a été le catalyseur pour impliquer les acteurs de la clinique du diabète dans un projet plus global et porteur pour la région en entier.

## 5.9 Portrait des patients recrutés

Jusqu'à maintenant les seuls résultats cliniques que nous avons rapportés datent de 2011 et 2013; nous les avons présentés dans la section 4.2.2.8 Résultats cliniques. Notre désir après la mise en place du CAIMC en 2014 était de faire état de l'impact sur les patients. Malheureusement, nous n'avons pas eu l'autorisation de voir les dossiers des patients pour observer l'efficacité clinique. Nous avons alors pris la décision de mesurer l'autogestion en utilisant le « Health Education Impact Questionnaire (HeiQ) », développé par Osborne, Elsworth et Whitfield en Australie (2007) et dont l'utilisation en contexte québécois a déjà été validée (Bélanger, 2015). Cet instrument permet de mesure vise à évaluer les effets d'un programme visant l'autogestion et l'empowerment des patients avec des maladies chroniques.

Les patients étaient majoritairement des femmes, un peu plus d'un tiers étaient des retraités. Les extrêmes d'âge des patients oscillaient de 38 à 78 ans et presque 50 % des participants avaient une activité professionnelle (tableau 4).

| <b>Patient</b> | <b>Sexe</b> | <b>Âge</b> | <b>Profession</b>         | <b>Situation familiale</b> |
|----------------|-------------|------------|---------------------------|----------------------------|
| 1              | F           | 60         | Retraitée                 | En couple                  |
| 2              | M           | 63         | Retraité                  | En couple                  |
| 3              | F           | 71         | Retraitée                 | En couple                  |
| 4              | F           | 63         | Sécurité de revenu        | Célibataire                |
| 5              | F           | 50         | Travail                   | En couple                  |
| 6              | M           | 58         | Invalidité- maladie       | En couple                  |
| 7              | F           | 68         | Retraitée                 | En couple                  |
| 8              | M           | 65         | Travail                   | En couple                  |
| 9              | F           | 70         | Retraitée                 | Séparée                    |
| 10             | F           | 64         | Retraitée                 | En couple                  |
| 11             | M           | 61         | Travail                   | En couple                  |
| 12             | M           | 63         | Travail                   | En couple                  |
| 13             | F           | 63         | Travail                   | En couple                  |
| 14             | F           | 71         | Retraitée                 | Veuve                      |
| 15             | M           | 56         | Travail                   | Séparé                     |
| 16             | F           | 58         | Travail                   | Séparée                    |
| 17             | M           | 73         | Retraité                  | En couple                  |
| 18             | M           | 69         | Travail                   | En couple                  |
| 19             | F           | 55         | Travail                   | Célibataire                |
| 20             | F           | 75         | Retraitée                 | Veuve                      |
| 21             | M           | 64         | Retraité                  | En couple                  |
| 22             | M           | 66         | Travail                   | En couple                  |
| 23             | M           | 63         | Travail                   | Séparé                     |
| 24             | M           | 38         | Travail                   | En couple                  |
| 25             | F           | 50         | Travail                   | Séparée                    |
| 26             | F           | 67         | Retraitée                 | En couple                  |
| 27             | F           | 57         | Réorientation de carrière | En couple                  |
| 28             | F           | 53         | Travail                   | En couple                  |
| 29             | H           | 72         | Retraité                  | Veuf                       |
| 30             | F           | 78         | Retraitée                 | Veuve                      |

Tableau 4. - Caractéristiques démographiques des participants

### 5.9.1 Résultats de l'étude HeiQ version 3.

Dans la section suivante, nous exposons la méthode d'analyse des résultats en nous basant sur le mode d'analyse du HeiQ. C'est l'infirmière qui avait la tâche de repérer au hasard les patients et demander leur accord pour remplir le questionnaire. Les scores moyens et la taille d'effet ont été

calculés pour chacun des huit domaines du questionnaire et les réponses de chaque question des huit dimensions ont été compilées par la suite dans le fichier de traitement des données du HeiQ comme ci-dessous, le score de gain pour chaque personne a été calculé en soustrayant le total de base du total de suivi. Les questions sont résumées et divisées par le nombre total de questions dans la sous-échelle pour le niveau de référence et du suivi (tableau 5). Les données ont été collectées auprès d'un échantillon de 30 patients.

|  | Ajoutez ces questions |     |     |     |     |     | Diviser par le N des questions |
|--|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------------|
| Comportement en santé                      | Q1                    | Q9  | Q13 | Q19 |     |     | 4                              |
| Engagement positif et actif dans la vie    | Q2                    | Q5  | Q8  | Q10 | Q15 |     | 5                              |
| Autocontrôle et réflexivité                | Q3                    | Q6  | Q11 | Q16 | Q17 | Q20 | 6                              |
| Attitudes et approches constructives       | Q27                   | Q34 | Q36 | Q39 | Q40 |     | 5                              |
| Acquisition de compétences et de technique | Q23                   | Q25 | Q26 | Q30 |     |     | 4                              |
| Intégration et soutien social              | Q22                   | Q28 | Q31 | Q35 | Q37 |     | 5                              |
| Orientation dans les services de santé     | Q24                   | Q29 | Q32 | Q33 | Q38 |     | 5                              |
| Détresse émotionnelle                      | Q4                    | Q7  | Q12 | Q14 | Q18 | Q21 | 6                              |

Tableau 5. - Les huit domaines et les questions du HeiQ équivalente

Nous rapportons ici les résultats obtenus sur les 60 questionnaires HeiQ remplis par les 30 participants au programme (avant et après 5 à 9 mois de suivi). Pour chacun des huit domaines du HeiQ, les données ont été analysées en calculant les moyennes et écarts-types des scores aux temps 0 et 6 mois. Pour évaluer la sensibilité des différentes échelles, l'amplitude des évolutions des scores a été estimée par la taille d'effet (ES, Cohen effect size; en utilisant les écarts-types des scores initiaux standardisés) selon la méthode décrite par Elsworth et Osborne (2017), ont ainsi

été considérées classiquement « petite » entre 0,2 e 0,5 tandis qu'une taille entre 0,5 et 0,8 est classiquement dite « moyenne » et si c'est plus de 0,8, la taille de l'effet est considérée « grande ».

Le Tableau 6 présente les résultats du HeiQ, l'évolution à 6 mois, la moyenne et l'écart -type

| Domaines du HeiQ                           | Résultat à T0 | Résultat à T6 | Évolution moyenne | Taille d'effet Cohen |
|--|---------------|---------------|-------------------|----------------------|
| Comportement favorisant la santé           | 2,63 (0,82)   | 2,88 (0,54)   | 0,25              | 0,38                 |
| Engagement positif et actif dans la vie    | 2,99 (0,28)   | 3,25 (0,44)   | 0,26              | 0,49                 |
| Autocontrôle et réflexivité                | 3,09 (0,23)   | 3,32 (0,36)   | 0,23              | 0,53                 |
| Attitudes et approches constructives       | 3,05 (0,44)   | 3,20 (0,61)   | 0,15              | 0,28                 |
| Acquisition de compétences et de technique | 3,04 (0,90)   | 3,26 (0,40)   | 0,22              | 0,43                 |
| Intégration et soutien social              | 2,89 (0,86)   | 3,08 (0,49)   | 0,19              | 0,31                 |
| Orientation dans les services de santé     | 3,39 (0,58)   | 3,49 (0,42)   | 0,10              | 0,20                 |
| Détresse émotionnelle                      | 2,13 (0,87)   | 2,17 (0,69)   | 0,04              | 0,06                 |

Tableau 6. - Résultats HeiQ

### 5.9.2 L'analyse des données

Les scores les plus faibles étaient notés dans les domaines 1 comportement en santé; score sur 4 : ((2,63 ± 0,82)), domaine 6 Intégration et soutien social; score sur 5 : ((2,89 ± 0,86)) et le domaine 2 Engagement positif et actif dans la vie; score sur 5 ((2,99 ± 0,28)). En contrepartie, le score était élevé dans le domaine 7 Orientation dans les services de santé; score sur 5 : ((3,39 ± 0,58)).

L'évaluation des résultats après 6 mois montrait une amélioration significative du score dans le domaine 3 Autocontrôle et réflexibilité; ((ES 0,53)) et dans le domaine 2 Engagement positif et

actif dans la vie; ((ES 0,49)). Nous constatons aussi une amélioration significative dans sept domaines.

### 5.9.3 Discussion des résultats et limite de l'étude

Notre choix du questionnaire HeiQ avait pour but de nous permettre de mesurer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé dans la région en question. L'objectif était de valider l'évolution des scores dans les huit domaines, cette évolution nous permet de voir et de comprendre l'impact des interventions éducatives auprès des patients.

Autrement dit, quelles que soient leurs réponses de base, nos participants atteignent-ils des niveaux similaires à ceux qui ont participé à des formations en autogestion similaires? Et est-ce que le programme d'autogestion offert par le centre du diabète a encouragé un changement significatif auprès de nos participants?

En ce qui concerne notre étude, nous pouvons dire que l'évolution était observée dans les sept domaines, mais d'une manière plus nette dans les domaines 3 et 2. L'analyse des résultats nous permet aussi d'avoir une autre lecture si jamais l'équipe du CAIMC voulait revoir les thématiques ou le contenu des séances de formation ainsi que l'articulation avec d'autres structures du sous-ensemble de l'écosystème pour le parcours de soins des maladies chroniques.

Nous pourrions conclure qu'au plan institutionnel l'équipe de la clinique du CAIMC a quand même eu une évolution dans sept domaines, bien que l'effectif de 30 patients soit relativement petit et il est important de confirmer ces résultats auprès d'un plus grand nombre de patients.

## **Partie IV : Discussion et conclusion**

La présente discussion a pour objectif d'exposer nos résultats à la lumière des écrits afin d'en faire ressortir nos principales contributions. De plus, les réponses que nous avons obtenues à notre question de recherche permettront d'apporter de nouveaux éléments dans la compréhension de la dynamique des acteurs clés impliqués dans la mise en place d'un modèle organisationnel de soin, ainsi que des pistes pour des recherches futures qui ont émergé à la suite de notre analyse empirique.

En effet, ce projet de recherche vise à comprendre et à analyser les dynamiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soin permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Notre recherche focalise davantage sur un sous-ensemble d'acteurs au sein de cet écosystème, à savoir des acteurs qui peuvent exercer une influence sur la mise en œuvre d'un nouveau modèle organisationnel permettant une meilleure prise en charge.

Dans cette section, nous avançons que la dynamique organisationnelle entre les acteurs correspond à une approche systématique visant à coordonner les interventions. Afin de mieux comprendre la complexité des dynamiques entre les acteurs impliqués, nous posons un regard particulier sur les stratégies mobilisées par les acteurs qui leur permettent de s'inscrire dans les actions stratégiques et dans la direction souhaitée. D'où l'importance de comprendre les conditions et dynamiques permettant de faire face aux difficultés entravant la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soin. Notre étude a permis de mettre en évidence l'importance de l'intrapreneurship de Dre Corbeil dans l'exercice de son leadership. Cela s'est avéré

déterminant pour l'avancement du projet. Nonobstant l'intérêt croissant pour l'intrapreneuriat dans les organisations du secteur privé, la recherche dans le domaine des organisations de santé du secteur public en lien avec l'intrapreneuriat demeure très rare, fragmentée et peu étudiée. De ce fait, la présente recherche vise à combler ce manque.

Nous nous proposons dans cette première partie d'étudier le phénomène intrapreneurial afin d'en saisir les conditions et les facteurs d'analyse puis, dans un second temps, d'en saisir la contribution dans notre cadre théorique. Nous souhaitons souligner les conditions et les facteurs qui permettent de favoriser l'émergence de processus novateurs dans des contextes pluralistes tels que le système de soins et de santé. Enfin, le lecteur constate à la fin de ce chapitre que nous proposons des modifications à des dimensions incluses dans notre cadre théorique de départ. Nous suggérons par exemple de mettre en lumière le phénomène du leadership partagé et d'y spécifier les conditions et les facteurs que le leader transformationnel mobilise au service de l'innovation dans le système de santé.

Finalement, dans le chapitre 7, nous émettons certaines recommandations pratiques aux décideurs en ce qui a trait à la mise en place d'un modèle organisationnel permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et à l'atteinte des résultats escomptés. Ce chapitre présente également nos principales contributions théoriques et pratiques ainsi que nos pistes de réflexion pour de futurs travaux de recherche.

## Chapitre 6 – Discussion

### 6.1 L'intrapreneurship et son action

Avant de discuter de ce processus complexe, il convient de partager une réflexion sur le cheminement d'une innovation dans le système de santé, les principales caractéristiques qui distinguent un « leader transformationnel » et comment induire et faire progresser le changement au sein d'une organisation pluraliste.

Dans les prochaines lignes, nous avançons l'idée que le leader transformationnel avec son action intrapreneuriale arrive à mobiliser les acteurs autour d'un objectif convergent. Cela implique des bouleversements importants à différents niveaux à la fois stratégique et opérationnel. Son succès passe nécessairement par des alliances et des stratégies entre les divers acteurs concernés.

Toutefois, nous désirons surtout démontrer que cette dynamique transformationnelle se déroule sur une période qui est longue et qu'elle est difficile à maintenir en équilibre, puisque l'évolution de ce processus est influencée par des stratégies d'acteurs qui peuvent être contradictoires.

#### 6.1.1 Une brève définition de l'intrapreneuriat

La notion d'intrapreneuriat n'est pas un concept nouveau. Il s'agit d'une notion que les spécialistes en management ont développée depuis plus de cinq décennies. En effet, le premier article qui en fait état a été publié dans l'*Academy of management Journal* par S.L Westfall sous le titre « *Simulating corporate entrepreneurship in US industry* » en 1969 en utilisant le vocable «Corporate Venturing» pour le décrire (Bouchard, 2009).

Toutefois le terme en lui-même fut créé par trois Suédois qui déplorait le nombre d'idées qui n'étaient pas réalisées au sein des grandes structures. Ils entendaient encadrer le travail des entreprises pour optimiser leurs ressources et entreprendre un mouvement d'innovation ; puis

en 1979, ils instituèrent l'école des intrapreneurs (Carrier, 1997). Norman Macrae faisait valoir dans les années 70 la nécessité d'induire une révolution dans la mentalité des entreprises pour stimuler l'innovation (Bouchard, 2009; Carrier, 1997)

Ce n'est qu'en 1985, que Pinchot III (1985) utilisera le néologisme intrapreneurship, qu'il dit avoir lui-même créé en 1978, alors qu'il entend sensibiliser les gestionnaires sur la possibilité de développer des capacités d'entrepreneurs sans toutefois avoir à quitter la corporation :

*« Pour lui, l'intrapreneuriat constitue essentiellement une façon de gérer permettant à des employés, donc à des entrepreneurs à l'intérieur de l'entreprise, d'exprimer leur potentiel créateur en bénéficiant d'une liberté suffisante et d'une certaine marge de manœuvre à cet égard [...] Jouissant de l'indépendance d'action pour mener leur projet à terme, ces intrapreneurs peuvent alors concrétiser leur idée à l'intérieur de l'entreprise, parvenant alors simultanément à satisfaire à la fois leurs besoins personnels et ceux de l'entreprise. (de manière plus explicite) [...] la mise en œuvre d'une innovation par un employé ou un groupe d'employés ou tout individu travaillant sous le contrôle d'une entreprise. » (Carrier, 1997, p. 58 et 65)*

Lorsqu'il y a un décalage entre les objectifs et les ressources mises à la disposition des acteurs, l'un des moyens les plus judicieux pour qualifier l'intrapreneuriat est encore de le considérer, comme un moyen de pallier une lacune, ou un vide organisationnel de sorte qu'il émergerait de manière spontanée pour contribuer à les atteindre (Bouchard, 2009). L'intrapreneuriat répondrait favorablement à l'idée « *d'un processus organisationnel qui transforme les nouvelles idées individuelles en action collective par la gestion des incertitudes* » (Chung et Gibbons, 1997, page 13), et ce, tout en utilisant les ressources humaines, financières et technologiques qui sont à la disposition de ladite organisation. Il s'ensuit une dynamique organisationnelle conséquente qui permettra de dévoiler les stratégies des acteurs en présence :

Pour lui, l'intrapreneuriat constitue essentiellement une façon de gérer permettant à des employés, donc à des entrepreneurs à l'intérieur de l'entreprise, d'exprimer leur potentiel

créateur en bénéficiant d'une liberté suffisante et d'une certaine marge de manœuvre à cet égard [...] Jouissant de l'indépendance d'action pour mener leur projet à terme, ces intrapreneurs peuvent alors concrétiser leur idée à l'intérieur de l'entreprise, parvenant alors simultanément à satisfaire à la fois leurs besoins personnels et ceux de l'entreprise [...] la mise en œuvre d'une innovation par un employé ou un groupe d'employés ou tout individu travaillant sous le contrôle d'une entreprise » (Carrier, 1997, p. 58 et 65)

Or, lorsqu'un organisme éprouve de la difficulté à réagir aux problématiques auxquelles elle fait face, ou à analyser et poser un diagnostic, l'intrapreneuriat peut apporter une solution. La résultante est que :

Des individus peu élevés dans la hiérarchie se lancent dans des projets qu'ils considèrent comme importants pour le futur de l'entreprise, et ce, en dépit d'un soutien limité ou inexistant de la part de celle-ci. Ils disposent de peu de ressources et doivent par conséquent improviser. Ils font appel, souvent informellement, à des collègues dont ils obtiennent ressources, conseils, collaboration et soutien. Ils travaillent à petite échelle et modestement, car il leur faut durer. Leurs parcours sont semés d'embûches : ils doivent affronter de fortes résistances et survivre à de nombreuses attaques. (Bouchard, 2009, p. 40).

#### 6.1.2 Pourquoi parler d'intrapreneuriat dans un contexte organisationnel pluraliste?

Si l'on s'appuie sur les premières observations émises par les acteurs de l'écosystème du Haut-Richelieu, ceux-ci expliquaient le besoin de s'appuyer sur l'expertise du Dre Corbeil pour plusieurs raisons.

D'une part, la nécessité de recourir à une expertise et à un nouveau souffle. La capacité d'agir tant de l'infirmière clinicienne que de la pharmacienne avait atteint une certaine limite et ne

parvenaient pas à induire le changement organisationnel de fond qui devait être mis en place, et ce, bien que des initiatives avaient pu voir le jour.

D'autre part, il était nécessaire de trouver la personne en mesure non seulement de rallier les différents joueurs, mais aussi d'apporter des solutions concrètes aux problèmes de santé.

En substance, l'expertise médicale et pharmaceutique du Dre Corbeil lui permettrait de réagir aux réticences éventuelles des acteurs en présence, de mettre en place des processus qui permettraient d'atteindre non seulement des résultats cliniques, mais surtout de rallier l'ensemble des corps professionnels à la démarche intrapreneuriale que nécessitait la mise en place du continuum de soins cliniques dans le réseau de santé local.

En effet, dans tout engagement à long terme existe un processus initial de détection de l'opportunité qui peut émaner de la volonté individuelle d'un visionnaire en mesure de déceler les lacunes du système et de lui apporter des solutions qu'il devra mettre en place avec l'assentiment et la collaboration de personnes-ressources.

Pour être plus précis, le comportement entrepreneurial qui anime Dre Corbeil ainsi que son équipe répondait au souci de réunir les ressources nécessaires pour permettre aux autres acteurs de se rallier à leur cause et de produire des résultats concrets. L'attitude du Dre Corbeil répondait au modèle d'analyse qui avait été développé par Greenberg et Sexton (1988) aux termes duquel ils concevaient l'approche entrepreneuriale

*« Structuré(e) autour de 4 grands thèmes : l'engagement de l'individu dans l'action et l'organisation (notions de motivation, d'implication) l'adéquation individu-organisation (modes d'ajustement portant sur l'échange d'informations, la confrontation des valeurs, l'apprentissage dans l'organisation), les dynamiques de leadership, et les relations interpersonnelles et de groupes. » (Hernandez, 1995, p. 111).*

Pour Robinson (2001) l'intrapreneuriat ne peut réussir au sein de l'organisation que si deux conditions majeures sont réunies : des individus motivés à prendre des initiatives, d'une part, et une philosophie « entrepreneuriale » faisant partie intégrante de la culture élargie de l'organisation et des principes de fonctionnement, d'autre part. Selon Robinson (2001), le niveau d'intrapreneuriat est influencé, par trois variables clés : l'individu, l'organisation et l'environnement externe. Carrier (1997, 2000) a montré que le degré d'autonomie est un facteur important de différenciation entre l'entrepreneur et l'intrapreneur et que, dans un contexte de PME, l'intrapreneur aspire à davantage d'autonomie (délégation, responsabilisation, etc.) plutôt qu'à un niveau élevé de rémunération. En effet, l'octroi de cette autonomie se fait en évitant la bureaucratisation et la centralisation des pouvoirs. Mais également dans la mise en place d'un plan de formation et d'assistance, d'aménagement d'espaces nécessaires à la réalisation des projets, de l'accès au financement nécessaire.

Dans le cas à l'étude, la stratégie adoptée par Dre Corbeil et son équipe s'inscrit dans ce qu'il convient de qualifier d'intrapreneuriat spontané qui est le :

*« Résultat d'une initiative individuelle, l'intrapreneuriat naît et se développe au sein de l'organisation ou plus précisément dans ses interstices. C'est seulement lorsque son projet atteint un certain stade de développement que l'intrapreneur spontané peut si on l'y autorise, quitter ses fonctions et se constituer un espace propre. » (Bouchard, 2009, p. 34)*

À bien des égards, et bien qu'une main était tendue de la part du contrôle administratif, le discours porté par Dre Corbeil et son équipe démontre bien les difficultés financières, professionnelles, technologiques et structurelles auxquelles elles ont dû faire face dans leur volonté de faire évoluer la dynamique organisationnelle. L'ouverture de la part de la hiérarchie

administrative constitue un point important pour tout organisme qui souhaiterait soutenir la démarche intrapreneuriale.

Les travaux de Martín-Rojas, Garcia-Morales, Garcia-Sanchez (2011) ont permis d'effectuer une recherche basée sur un échantillon de 201 entreprises espagnoles dans le but d'identifier les facteurs de performance technologique au sein des entreprises. Ils sont parvenus à la conclusion que le soutien de la haute direction exerce une influence directe sur l'intérêt des employés à l'apprentissage organisationnel. Ainsi le soutien et la bonne volonté de la haute direction est un facteur d'optimisation qu'il ne faut pas sous-estimer, puisqu'en son absence toute tentative d'innovation aurait pu être arrêtée.

En somme, dans le cadre de notre étude, l'introduction du concept d'intrapreneuriat nous paraît appropriée puisque le leadership transformationnel assumé par le Dr Corbeil et son équipe, dont nous analyserons les mécanismes et les influences dans un second temps, a permis de créer une dynamique organisationnelle permettant d'évoluer vers le CAIMC.

Il est essentiel que les organisations soutiennent les professionnels qui présentent des idées et des initiatives innovantes, qui dans notre étude sont désignés comme intrapreneurs. Nos résultats empiriques corroborent les observations de Kuratko et coll. (2014). En effet, ils sont fréquemment considérés comme des agents de changement et de création de valeur, renforçant un avantage concurrentiel consolidé pour les organisations dans lesquelles ils opèrent (Kuratko et al. 2014).

Comme l'ont noté Lumpkin et Dess (1996), la discussion sur l'intrapreneuriat implique des aspects liés à la fois aux caractéristiques individuelles et organisationnelles. Alpkhan et coll. (2010) et

Kuratko et coll. (2014) renforcent encore le fait que, pour que les intrapreneurs émergent, un environnement organisationnel approprié est nécessaire, où l'esprit d'entreprise est valorisé. Selon ces auteurs, le développement d'une culture intrapreneuriale doit être assumé comme une priorité de l'organisation, ce qui doit à son tour donner lieu à des approches innovantes valorisant la capacité de création des salariés.

Certaines conditions semblent avoir influencé cette émergence, tel le style de leadership prédominant de Dre Corbeil et sa volonté de partager son pouvoir, l'acceptation des coéquipiers de partager leur influence, ainsi que la connaissance préalable du projet à réaliser. C'est l'expertise particulière de chacun plutôt que le statut qui devait déterminer la distribution des rôles et fonctions de leadership dans le temps. Selon Denis, Langley et Sergi (2012), le partage du leadership est considéré comme un déterminant clé pour l'efficacité des équipes et apparaît comme un levier au travail collaboratif.

Par ailleurs, la volonté du leader de partager le pouvoir est une condition qui semble avoir eu un impact sur l'émergence rapide du leadership partagé auprès de l'équipe de projet. Tel que le mentionnaient Cox et coll.(2003), nous avons également observé chez certains coéquipiers une volonté de s'impliquer activement au sein de l'équipe au point de vouloir participer aux fonctions de leadership dès le début. Le contexte et la culture organisationnelle jouent aussi un grand rôle dans le développement du leadership partagé (Hoegl et coll., 2011). En effet, la volonté du leader de partager son pouvoir peut être exacerbée par la culture de l'organisation (Denis, Langley et Sergi, 2012). C'est ce que nous avons observé auprès des acteurs concernés où la haute direction recommande aux leaders impliqués dans le projet un leadership consultatif, visant à impliquer et

à mobiliser les équipes de soin afin d'atteindre les résultats. De plus, l'engagement de Dre Corbeil fort salué a été un autre aspect incitant les autres leaders et les coéquipiers à partager le pouvoir. Dans un article publié par Marie-Pier Bresse « Conceptualiser le changement qui vient d'en bas : réflexion sur l'innovation et l'intrapreneuriat » (Bresse, 2011), celle-ci établit des liens extrêmement intéressants entre la zone d'incertitude qui découle de la théorie de Crozier et Friedberg (1977) et les processus intrapreneuriaux :

*« La logique d'organisation a pour objectif de programmer et de contrôler les activités afin de réduire les incertitudes, tandis que la logique d'innovation tire parti de ces incertitudes pour faire changer les façons de faire. » (Bresse, 2011, p. 3).*

En somme, la logique intrapreneuriale présente de manière continue et successive des accomplissements et des résultats qui vont permettre à l'intrapreneur-leader de participer aux jeux de pouvoir et de canaliser les stratégies des acteurs vers l'objectif collectif. La nature du leadership se décline en quatre caractères : dynamique, collectif, situé et dialectique (Denis et coll., 2010 : 73). Dans le cadre de notre recherche, nous avons plus observé le caractère collectif du leadership et qui se retrouve dans la constellation de coleaders du CAIMC, remplissant ainsi au sein de l'organisation des rôles complémentaires et qui sont en mesure d'agir sur l'évolution de l'organisation.

La démarche de Dre Corbeil, était résolument innovante et faisait appel à des ressources humaines et financières revisitées, mais aussi, et surtout, elle nécessitait l'adoption d'une approche de gestion qui sied au modèle intrapreneurial et qui est qualifiée de leader transformationnel. Ce dernier présente l'aptitude et les caractéristiques nécessaires pour entreprendre un changement dans le cadre d'organismes complexes, très hiérarchisés. Alors, le

leadership se construit sous l'action d'un intrapreneur qui a les qualités d'un leader transformationnel qui fait en sorte que les gens travaillent ensemble dans un but commun.

En outre la logique d'innovation va profiter de l'espace de discussion et de négociation qui s'ouvre pour faire évoluer les pratiques. Donc, au sein d'un contexte pluraliste, les acteurs clés de cette dynamique se mobilisent et convergent autour de certains enjeux pour piloter le changement. Ils «organisent, médiatisent et régulent à la fois les interdépendances entre participants et les processus d'échanges qui s'ensuivent » (Friedberg, 1993, p. 156).

Dans la littérature, la recherche dans les organisations du secteur privé a démontré que l'intrapreneuriat est positivement lié aux bénéfices et aux retours sur les ventes (Bierwerth, Schwens, Isidor et Kabst, 2015), ainsi qu'à l'efficacité organisationnelle et la création de valeur publique (Kearney et Meynhardt, 2016).

Au cours des dernières décennies, la recherche sur la préparation organisationnelle à l'activité intrapreneuriale (Hornsby, Kuratko, Holt et Wales, 2013) et sur la position d'une organisation à agir de manière entrepreneuriale (Miller, 2011) ont progressé significativement. De plus, des études ont mis en lumière les rôles, responsabilités et activités spécifiques des employés à différents niveaux managériaux pour assurer la réussite de l'intrapreneuriat (par ex. Hornsby et coll., 2009). Dans les années 1980, les chercheurs ont défendu l'importance de l'esprit d'entreprise des employés qui créent de la valeur pour l'organisation et pour la société aidant à obtenir un avantage concurrentiel (par exemple, Pinchot III, 1985).

Dans ce sens, l'intrapreneuriat des employés est mieux conceptualisé comme un facteur d'ordre supérieur consistant à faire preuve d'initiative, de prise de risque (calculé) et de création

d'innovations pour l'organisation. Dans cette conceptualisation, les chercheurs affirment que faire preuve d'initiative reflète la nature autodidacte et l'esprit d'initiative de l'intrapreneuriat des employés, qui se caractérisent par une conscience des tendances et des événements extérieurs (Wakkee et coll., 2010). L'hypothèse selon laquelle les employés dans l'ensemble de l'organisation du secteur privé contribuent à l'intrapreneuriat est soutenue par la littérature existante. Par exemple, il a été démontré que les employés ont contribué de manière proactive à une innovation en concevant un nouveau produit (Marvel et coll., 2007).

La présente recherche vise à combler un manque en l'occurrence la rareté des études mettant en évidence l'importance de l'intrapreneuriat et des intrapreneurs à l'intérieur des organisations de santé du secteur public.

## **6.2 Piloter le changement : le leader transformationnel au service de l'action collective**

### **6.2.1 La dynamique d'apprentissage continu et le rôle du leadership collectif transformationnel**

Dans cette section, nous proposons des exemples qui servent à illustrer le comportement de notre leader transformationnel au contexte évolutif de la mise en place d'un modèle de soin. Autrement dit, ses réactions aux dynamiques entre les parties concernées par le modèle de prise en charge des maladies chroniques et la mise en place du CAIMC. En fait, les défis organisationnels reliés à la gestion de la mise en place du CAIMC, nous poussent à surveiller l'évolution de l'exercice du leadership, au-delà du leader formel, vers un leadership plutôt collectif qui implique plusieurs individus qui se partagent les rôles de leadership (Pearce, Manz et Sims, 2009). Ce leadership collectif qui s'agrandit au fil du temps avec l'ajout d'acteurs nouveaux qui doivent

collaborer et participer ensemble au processus et où les fonctions de leadership sont distribuées entre les membres de l'équipe (Gronn, 2002).

Tout d'abord, il est pertinent de rappeler que le législateur québécois avait préparé les transformations organisationnelles. Dans cette foulée, l'adoption de la Loi 25 en 2003 « Loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003 » avait pour effet l'amorce d'une transformation majeure au niveau de la région et dans l'organisation des services de santé et de services sociaux. Les agences ont eu pour mission de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. En 2004 l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM, 2012) a d'abord créé les Réseaux clinico-administratifs. Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS, avec les partenaires de leur réseau local de services, devaient définir un projet clinique et organisationnel devant être axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services. Par la suite, un cadre de référence a exposé de manière explicite les choix retenus pour que les finalités annoncées deviennent réalité; le but était d'amorcer un passage d'une logique axée sur les services à une autre axée sur la responsabilité populationnelle. En 2005 la seule clinique du diabète de la région a eu son agrément de Diabète Québec. Par la suite, les partenaires du réseau local de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville étaient invités à collaborer à la suite du projet de loi 25 au développement d'un projet clinique en participant aux tables de continuum mises en place pour des clientèles spécifiques. À partir de ce moment, la mobilisation des acteurs impliqués en diabète au sein du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville a eu pour but de trouver de nouvelles voies

pour enrichir le système de coordination des actions des professionnels autour du parcours de soins des patients.

Le 11 octobre 2006 marquait le début officiel des travaux du comité de travail des maladies cardiovasculaires/diabète/insuffisance rénale, l'importance de prendre en considération les besoins de la population du territoire a conduit à la réalisation entre octobre et décembre 2006<sup>20</sup> et janvier 2007<sup>21</sup> d'une consultation de la population.

L'arrivée de Dre Marie-Andrée Corbeil en 2007 dans le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville a donné un nouveau souffle à l'équipe impliquée dans le suivi du diabète que ce soit au sein de l'équipe des soins infirmiers ou de l'équipe du département de la pharmacie. En parallèle, il y avait le début de l'implantation des GMF d'une manière progressive et l'arrivée ainsi des infirmières au sein de ces organisations. En 2008, on comptait sept GMF dans la région du Haut-Richelieu-Rouville. C'est finalement vers la fin de l'année 2009 que l'équipe du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, composée de Dre Marie-Andrée Corbeil, Mme Ginette Patenaude en tant qu'infirmière clinicienne et une nutritionniste, a déployé une stratégie de soins interdisciplinaires centrée autour du patient diabétique.

Comme nous l'avons amplement décrit dans l'analyse des résultats, l'objectif assigné à l'entreprise intrapreneuriale menée de front par Dre Corbeil et ses collègues avait pour but de

---

<sup>20</sup> Procès-verbal de la rencontre du 7 décembre 2006 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

<sup>21</sup> Procès-verbal de la rencontre du 16 janvier 2007 des membres du chantier Lutte contre le cancer et maladies chroniques- Projet clinique

répondre à la problématique d'un manque, voire parfois d'une absence, de prise en charge adéquate des patients atteints de diabète. À partir de ce moment, Dre Corbeil a commencé à jouer le rôle à la fois d'intrapreneur et de leader transformationnel soulevant ainsi la possibilité que ses initiatives puissent être un palliatif à une lacune organisationnelle.

La cible de l'action innovante a consisté à déployer toutes les ressources nécessaires pour désengorger le système de santé en habilitant les infirmières à avoir davantage de responsabilités. Il s'en est suivi dans un premier temps, le déploiement de formations à l'intention des infirmières afin qu'elles soient davantage en mesure d'agir chacune dans leur lieu d'exercice respectif, puis dans un second temps de développer un projet pilote au sein de la région desservie par l'Hôpital du Haut-Richelieu en créant le poste d'infirmière-pivot.

Dans les deux cas, il a fallu gérer les incertitudes liées à l'accroissement de la marge de manœuvre octroyée aux infirmières. La négociation auprès des acteurs plus résistants aux changements a été possible grâce à une négociation serrée (jeux de pouvoir) et par le déploiement de stratégies offensives rendues possibles par l'apport de ressources à la fois matérielles, humaines et technologiques.

Au chapitre des stratégies offensives, le trio formé par des acteurs stratégiques de l'action collective identifiée ci-dessus a requis pour Dre Corbeil de mettre ses compétences, sa pluridisciplinarité et sa réputation au service de l'action collective afin, d'une part, de former les infirmières et, d'autre part, d'influencer le changement de mentalité notamment auprès de ses homologues du domaine médical et enfin de peser de tout son poids pour contraindre les autres acteurs du système à reconnaître le bien-fondé des informations transmises auprès des

infirmières et colligées par elles. L'interdépendance entre les membres est une des conditions amplement documentées dans la littérature favorisant le développement du leadership partagé au sein des équipes (Fausing et coll. , 2015).

À la lumière des travaux de Cox et coll. (2003), Fausing et coll. (2015) et Pearce (2004), qui portent sur l'interdépendance des coéquipiers dans leur travail, il est plausible de penser que l'intégration des tâches des acteurs permet la création d'un terrain fertile au développement d'un leadership plus partagé.

L'infirmière clinicienne Ginette Patenaude, qui avait amorcé le projet préalablement à l'entrée en action de Dre Corbeil, jouissait d'une connaissance plus poussée du système, notamment au sein de l'hôpital. Elle avait l'écoute et le respect des infirmières de l'écosystème des soins. La transmission, le partage de l'information, le soutien continu qu'elle déployait auprès des infirmières permettaient à ses dernières d'accroître leurs connaissances et leurs compétences en matière de diabète. Cela a eu l'effet non négligeable de produire des résultats auprès des médecins, c.-à-d. l'évaporation petit à petit de la méfiance et du conservatisme au gré de l'atteinte de résultats positifs à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Enfin, le travail effectué par la pharmacienne-chef, tant auprès de l'administration qu'auprès de son réseau local, a permis de rendre plus facile l'accès aux informations dont les pharmaciens de la région avaient besoin pour être en mesure de poser les actes nécessaires et proposer des prescriptions adéquates pour les patients via l'opinion pharmaceutique. En outre, le développement des ordonnances collectives et leurs démystifications auprès des pharmacies locales de la région ont également permis d'inclure le réseau des pharmaciens dans la boucle de

la prise en charge des patients diabétiques. Nous assistons désormais à la création d'un noyau fort composé d'acteurs complémentaires et interdisciplinaires avec un leader transformationnel qui joue le rôle d'un intrapreneur pour faire cheminer une innovation à l'intérieur de l'organisation tout en mobilisant les membres de l'équipe projet autour d'un leadership collectif.

DeChurch et Mathieu (2009) considèrent qu'il y a présence de leadership partagé quand la coordination est reprise par un leader émergent dans l'équipe. Cela étant dit, le leadership collectif ne se limite pas uniquement au noyau de l'équipe de projet. Parmi les actions de l'intrapreneur, notons sa volonté d'aller coopter d'autres acteurs qui ne faisaient pas partie du noyau du départ, comme les GMF ou les membres de la communauté de pratique. Le noyau du départ est bien, mais notre description empirique met en évidence comment notre intrapreneur est allé tisser des alliances à l'externe, c'est un exemple concret de l'action. Le leadership partagé évolue au fur et à mesure que le projet avance et c'est là où nous avons observé un processus d'apprentissage permettant une adaptation en continu.

Selon les acteurs rencontrés, ces actions étaient rendues essentielles à une meilleure prise en charge des patients à cause d'une forte interdépendance avec les collègues et un besoin pour une expertise clinique variée au sein de l'équipe de projet. Ces résultats corroborent ceux de DeRue et coll. (2015) qui ont démontré que les membres d'une équipe considèrent que les coéquipiers les plus compétents devenaient des leaders émergents au sein de cette équipe. Bien que la recherche sur le leadership traite souvent de la contribution d'un seul leader et de son influence descendante, il a été démontré que le leadership peut aussi être généré par un ou plusieurs individus, qui peuvent être nommés formellement ou encore émerger à même l'équipe (West et coll., 2003). Dans ce sens, notre recherche révèle d'une part que le leadership s'apparente

davantage à un mode entrepreneurial de production du changement mettant l'accent sur la vision, la légitimité ou l'expertise, la compétence et les habiletés de mobilisation des acteurs. D'autre part, l'intrapreneur joue un rôle central dans l'animation des dimensions qui aideront le groupe à définir des buts, des objectifs; il apporte ainsi son soutien social en s'assurant que l'équipe se forme et progresse dans l'atteinte des résultats. D'où l'importance du développement d'un leadership partagé dans les équipes qui collaborent pour l'atteinte d'un but commun, qui est dans notre cas celui de créer le CAIMC surtout au niveau des organisations de santé qui sont de facto pluralistes, donc l'influence est diffuse et distribuée.

À ce titre, les organisations de santé apparaissent comme des lieux naturels de leadership pluriel, qui visent tous à conjuguer des intérêts, des expertises et des logiques variés. Elles apparaissent comme des contextes où l'enjeu principal n'est pas tant de rendre le leadership plus pluriel, mais plutôt de canaliser le pluralisme existant de manières susceptibles d'être productives (Denis, Langley et Sergi, 2012).

Ce que notre recherche met davantage de l'avant, c'est l'importance du rôle de l'intrapreneur dans le développement du leadership partagé et sa capacité de naviguer d'une manière fluide à l'intérieur d'un processus complexe et pluraliste.

Un autre aspect du rôle de l'intrapreneur est l'innovation à l'intérieur de l'organisation. Elle a été identifiée, mise en place et déployée grâce à la recherche de ressources nécessaires à cette fin. Ainsi, et en ce qui concerne les formations pour les professionnels, il s'agit là d'un travail qui a été effectué de manière autodidacte par les soins de médecins et d'infirmières qui se sont penchées sur les lignes directrices canadiennes et celles de Diabète Québec afin de dégager les cibles à

atteindre pour les patients diabétiques. Il s'agit essentiellement de ressources humaines qui ont agi en dehors de leurs heures de travail avec des moyens financiers personnels. Plusieurs infirmières ont d'ailleurs déploré avoir dû se rendre à des conférences et à des formations en prenant du temps de congé. Il ne faut pas sous-estimer également le travail du biochimiste informaticien qui, avec les ressources minimales dont il disposait, a réussi à déployer un réseau informatique d'accès à l'information en réseau qui permettait à tous les acteurs du système d'avoir accès à des données jusque-là peu accessibles.

Par ailleurs, les communautés de pratiques qui reposaient sur le partage de connaissances et d'information ont également joué un rôle non négligeable. Grâce à une mise en relation et le développement de liens de confiance induits par le partage d'informations habilitantes, les jeux de pouvoir ont pu être contrôlés et leurs effets négatifs minimisés. Dans les communautés de pratiques, les relations entre les acteurs sont développées autour d'un objectif commun et les connaissances et les compétences deviennent une partie intégrante de l'identité du groupe. Le courant des communautés de pratiques s'intéresse à un mode de construction sociale des connaissances. (Gherardi et Nicolini, 2000)

Enfin, et non des moindres, le projet pilote de l'infirmière-pivot est précisément à l'image de l'entreprise intrapreneuriale puisque l'ouverture du poste de ladite infirmière requérait un budget qui ne fut pas accordé par les gestionnaires en place pour des raisons de contraintes budgétaires. Qu'à cela ne tienne, Dre Corbeil s'est tournée vers deux compagnies pharmaceutiques afin de les convaincre de financer, via la Fondation de l'hôpital, ledit poste. Il s'agit là aussi d'une stratégie offensive propre à un esprit intrapreneurial qui consiste pour

l'acteur à rechercher toutes les ressources nécessaires pour lui permettre d'atteindre l'objectif qu'il s'est assigné.

La première clinique de diabète qui a vu le jour en 1993 au CLSC Vallée des forts avait permis de démontrer l'existence de défis et d'enjeux importants dans le suivi des patients et le traitement du diabète en tant que maladie chronique. L'adhésion et la mise en lumière de données d'analyse initiaient le changement de mentalités et de perceptions auprès de plusieurs acteurs du système de santé (gestionnaires, médecins, infirmiers...) qui voyaient de manière favorable les formations auprès des infirmières. Il n'était plus possible de ne pas réagir devant la compilation de données et les besoins identifiés dans la prise en charge du diabète au sein de l'écosystème du Haut-Richelieu. Pourtant, il manquait un facteur de rassemblement et de diffusion de l'expertise essentielle pour répondre favorablement aux besoins identifiés.

Dre Corbeil voulait ramener l'innovation dans la prise en charge des patients diabétiques dans la région. Elle avait l'expertise nécessaire, le pouvoir professionnel et le charisme pour appliquer la pression requise tant auprès de la sphère administrative, mais également, et de manière transversale, auprès de ses confrères et des autres acteurs appartenant à des corps professionnels distincts. Ce qui explique la prépondérance du rôle du Dre Corbeil c'est son expertise et sa reconnaissance auprès de l'ensemble des acteurs mis en présence. Elle a ainsi été en mesure d'induire une nouvelle dynamique et a eu l'acuité de cerner les besoins et de produire les solutions dans un cadre interdisciplinaire et contribuer ainsi à la mise en œuvre du processus de changement au sein du Haut-Richelieu.

Les relations de confiance qu'elle a établies avec le département administratif lui ont permis de faire œuvre d'agent de changement en allant chercher les ressources, notamment financières, qui lui manquaient pour financer le poste d'infirmière-pivot et lui procurer l'ensemble des outils dont elle avait besoin pour mener à bien son mandat. Rappelons que la création et le financement de ce poste ont permis également d'obtenir des résultats qui ont soutenu favorablement l'influence que Dre Corbeil déployait auprès des autres acteurs et ainsi faire évoluer le système d'action concret qu'elle pilotait en collaboration avec d'autres acteurs clés. Ainsi, une identification claire des problèmes et des solutions requiert davantage qu'un leadership exercé par une seule personne. Il suppose l'existence d'un modèle partagé de diffusion des connaissances, de l'influence, du pouvoir et des responsabilités.

En ce qui concerne le développement du rôle de l'infirmière, l'analyse des résultats avait permis de mettre en exergue que, si la grande majorité des médecins avaient répondu favorablement à l'idée de déléguer davantage de pouvoir à l'infirmière et ainsi faire évoluer la pratique, certains d'entre eux continuaient à vouloir garder le contrôle de leur expertise. Il importe de noter que les discussions et les tournées du Dre Corbeil auprès des médecins des GMF se faisaient à titre volontaire. C'est d'ailleurs une préoccupation qu'elle avait soulignée puisqu'elle reconnaissait n'avoir aucun mandat formel pour « imposer » ce changement. C'est à force de diplomatie, de discussion, de dévoilement des résultats et de négociation qu'elle est parvenue à rallier ses pairs à sa démarche.

En interagissant avec les acteurs qui sentaient leur pouvoir juridictionnel atteint, les « corps défensifs » à savoir quelques médecins généralistes ayant des réserves à déléguer un pouvoir, Dre Corbeil enregistrait également de son côté les éléments de « diagnostic » afin de contre-

argumenter. En tant que médecin elle était capable d'influencer et de proposer des solutions de concertation et faire tomber les quelques barrières rencontrées. La formation des infirmières par des médecins en est un exemple.

Le leader doté de l'expertise et du savoir est la personne tout indiquée pour amener les acteurs de la profession à accepter une renégociation de leur juridiction et à redéfinir les frontières de leur expertise. Dans le cas de l'autonomisation de l'infirmière et de son patient, les données ont démontré des résultats probants obtenus grâce à la transmission d'une partie de l'expertise, siège du pouvoir de certains acteurs du jeu. Le partage de connaissances, le transfert de l'expertise, les formations continues prodiguées par Dre Corbeil et Mme Patenaude auprès des infirmières sont la réponse à l'ensemble des questions sous-jacentes que nous avons émises plus haut. L'infirmière clinicienne a rapidement entrepris de former les infirmières. La réception favorable de cet enseignement repose en partie sur ses propres compétences et sa légitimité dans les soins infirmiers au sein de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

En outre, le leadership du Dre Corbeil reposait sur une maîtrise de son expertise dans le domaine médical et pharmaceutique. Appartenant au corps professionnel qui développait le plus d'approches défensives, c'est par son approche stratégique, son implication et sa détermination à atteindre ses objectifs que Dr Corbeil a pu amener l'ensemble des parties prenantes à prêter une oreille attentive à l'innovation qui était en train d'être mise en place. En ce qui concerne la pharmacienne, elle a obtenu une reconnaissance tant auprès de son ordre professionnel que des médecins et des infirmières.

L'implantation du continuum des soins dans un premier temps, la mise en place du projet de l'infirmière-pivot et enfin l'évolution vers l'implantation du CAIMC ont permis l'identification des différentes expertises réunies au sein de la zone d'incertitude.

Les projets pilotes sont une manière usuelle de créer de la connaissance/apprentissage dans une organisation de santé, comme le démontre le modèle de Nonaka (1988). Ce dernier met un accent sur la création et la transformation des connaissances; les organisations créent et utilisent des connaissances par des conversions de connaissances. Une partie importante de la gestion des connaissances consistera à formaliser les connaissances construites dans l'action. La connaissance est construite à la suite d'interactions fréquentes entre les membres de l'organisation. Autrement dit, notre organisation a pu développer des connaissances grâce à l'implication des individus et à l'interaction qui a eu lieu au sein du groupe. Cette connaissance s'est amplifiée et cristallisée au niveau du groupe par le partage de l'expérience tant à l'échelle locale qu'à l'échelle nationale. L'implication de Dre Corbeil au sein du groupe des ordonnances collectives formé par le ministère de la santé en est un exemple de même que celle des deux acteurs clés du CAIMC à savoir Dre Corbeil et Mme Patenaude au niveau de Diabète Québec.

Selon Nonaka (1988), la création de connaissances individuelles précède la création de connaissances organisationnelles. Son modèle postule qu'en prenant sa source dans les connaissances individuelles, la création de connaissances organisationnelles est le fruit d'un dialogue entre connaissances tacites et connaissances explicites qui prend la forme d'un cycle dynamique d'interactions continues entre quatre modes de conversion de connaissances, à savoir la socialisation, l'internalisation, l'externalisation et la combinaison. Le processus de création de la connaissance conduit à déterminer quatre modes d'interaction entre les formes explicites et

tacites de la connaissance : c'est le modèle en spirale de construction de la connaissance. Le modèle de Nonaka fonde la création de connaissances organisationnelles sur des interactions individuelles. Cependant, le passage de l'apprentissage individuel à l'apprentissage organisationnel requiert de la part des gestionnaires l'adoption de certaines pratiques et une agilité qui facilitent une dissémination et un cheminement des connaissances par des leaders transformationnels au sein de l'organisation.

| De                     | Vers | Connaissance Tacite | Connaissance Explicite |
|------------------------|------|---------------------|------------------------|
| Connaissance Tacite    |      | Socialisation       | Formalisation          |
| Connaissance Explicite |      | Internalisation     | Combinaison            |

Tableau 7. - Les quatre modes de conversion des connaissances selon Nonaka (1994)

Le développement des connaissances se situe à trois niveaux : l'individu, le groupe et l'organisation (Nonaka, 1988). La dynamique est un processus en spirale dans lequel l'interaction entre la connaissance explicite et la connaissance tacite prend place de façon répétée, et c'est grâce à cette dynamique que la connaissance personnelle se transforme en connaissance organisationnelle.

En somme, nous croyons que le changement organisationnel et la mise en place du CAIMC ont évolué en spirale et cela au fil du temps. Notre actrice principale, Dre Corbeil, a joué le rôle du *Middle-up-down management* proposé par Nonaka (1988). En effet, elle a pu générer le changement organisationnel en générant des données, en faisant de la formation, en cherchant l'appui et l'implication des autres professionnels de la santé, en profitant de la création des GMF, en favorisant un ajustement mutuel avec la méthode essai-erreur devant les contraintes. Ce

processus continu a permis l'avancement du projet et l'implantation du CAIMC parce qu'elle s'est aussi assurée d'avoir l'appui de l'organisation à plusieurs niveaux de prise de décision.

Cela nous indique et suppose que l'organisation en question avait un potentiel d'agilité soutenu pour permettre l'avancement d'un nouveau modèle de soins au sein d'un cadre institutionnel, et permettre ainsi à un leader transformationnel d'avancer dans la mise en place de ce modèle de soins.

### 6.2.2 Un cadre institutionnel marqué par l'agilité organisationnelle

Dans cette section, nous nous sommes attachés à présenter l'importance de l'agilité organisationnelle dans le cheminement de l'innovation. Jusqu'à maintenant, nous avons parlé du rôle de l'intrapreneur qui pilote le changement et qui joue le rôle d'un leader transformationnel au service de l'action collective. Être réceptif aux changements est la clé pour permettre à toute organisation d'évoluer rapidement pour répondre aux besoins des patients et de la population. L'agilité organisationnelle est une condition favorable à cette réceptivité et réactivité aux pressions tant internes qu'externes qui s'exercent sur l'organisation des systèmes de soin.

La question que nous nous posons est de savoir s'il est possible de concilier les ancrages théoriques à l'application du triptyque formé par l'intrapreneuriat, le leadership transformationnel et l'agilité organisationnelle afin de mieux saisir la modélisation de l'écosystème des maladies chroniques tel que nous l'avons décrit dans le chapitre relatif au cadre théorique.

Davantage qu'un processus ou une méthode, l'agilité organisationnelle peut être vue comme une culture; les organisations qui s'adaptent le mieux aux changements sont en mesure de réagir

rapidement aux pressions de leur environnement. Ces organisations qui parviennent à introduire l'agilité sont en mesure de faire face à la lourdeur décisionnelle, éliminer les silos et s'adapter aux opportunités stratégiques qui commandent l'introduction de pratiques ou d'outils innovants pour produire le ou les changements souhaités (Langley, 2015).

Les organisations ont deux approches pour s'adapter. La première consiste à pousser de manière plus forte l'atteinte des objectifs généralement par le biais de contrôles de gestion, d'imposition d'indicateurs ou encore par une réorganisation de la structure décisionnelle (Langley, 2015). La seconde approche qui semble donner davantage de résultats est l'introduction d'une « culture de l'agilité ». Cette dernière s'appuie sur la valorisation des capacités, notamment par le biais de formations ou d'accompagnements afin de les élever au niveau de leader (Langley, 2015). Elle fait également appel au développement d'une « culture de soutien » axée sur une certaine flexibilité stratégique qui permet non seulement d'anticiper les changements à venir, mais aussi d'en analyser les incidences et de produire une structure de soutien efficace dans la mise en œuvre d'une stratégie concertée (Langley, 2015).

Les zones d'incertitude sont les lieux de négociations qui vont permettre aux éventuels agents de changement et leaders transformationnels de rapidement déployer les ressources pour permettre la convergence de l'action collective et exercer un poids dans les négociations en maîtrisant les stratégies des différents joueurs.

La compilation de données des patients atteints de diabète, l'identification de la clientèle ciblée, les gammes de services offerts, les fréquences de suivis et les méthodes d'analyse des résultats ont été les éléments précurseurs ayant préparé le terrain à une certaine agilité de l'organisation qui s'est étalée sur plusieurs années avant de voir émerger l'urgence d'agir.

Si la première clinique du diabète a vu le jour en 1993, il aura fallu attendre 2006 pour voir apparaître un comité de travail mandaté pour effectuer un état des lieux de la situation. Or, générer l'information sur les besoins afin d'installer une certaine communication reposant sur la fluidité, la rapidité et la transparence (Lin, Chiu, et Chu, 2006; Walsh, Bryson et Lonti, 2002) est nécessaire pour répondre de manière diligente aux besoins des patients. Cette aptitude à permettre à chaque acteur de se positionner dans le jeu de l'action collective est tributaire d'une bonne connaissance des enjeux auxquels se confrontent sa profession. Dans les faits, l'agilité contextualise la possibilité d'appréhender le changement, mais surtout de s'y adapter de manière perpétuelle (Nahmias et Perkins, 2012; Joroff et al., 2003).

Ainsi, l'agilité organisationnelle apparaît clairement comme la capacité d'une organisation à faire face aux changements par l'analyse de comportements externes et d'une lecture appropriée de son environnement.

L'agilité de l'organisation repose sur la capacité des employés à tous les niveaux de pouvoir répondre aux besoins en proposant des solutions adéquates allant jusqu'à la recherche d'une restructuration. Chaque employé est alors responsabilisé dans la nécessité de faire face aux changements. « An agile enterprise sells its ability to convert the knowledge, skills, and information embodied in its personnel into solution products for the individual customers » (Meade and Sarkis, 1999, p.243).

Se doter d'agilité organisationnelle, en somme, prépare l'organisation à voir émerger un leader qui répondrait aux caractéristiques de transversalité liées aux différentes expertises impliquées, et dont la structure de base aura besoin pour amener le changement. L'agilité responsabilisera

chaque acteur du système dans sa réponse aux nouveaux besoins, réduisant considérablement l'ampleur des zones d'incertitude et commandant le déploiement d'un jeu de pouvoir et de stratégie plus atténué qui sera guidé par la célérité avec laquelle tous les acteurs seront appelés à réagir à l'avenir.

Dans le cas à l'étude, l'organisation n'a pas démontré une totale agilité. Par exemple, au niveau des urgences, la situation était compliquée, avec l'achalandage des gros utilisateurs, en raison de la présence de patients souffrant de symptômes liés au mauvais contrôle du diabète (hypoglycémie, hyperglycémie et taux élevés d'hémoglobine glyquée). En outre, une autre contrainte à l'agilité organisationnelle a été le manque de ressources informationnelles, qui empêchait la pharmacie de l'hôpital de pouvoir faire les suivis de manière autonome avec les patients qui se conjugait avec de mauvais ajustements des médicaments prescrits. Par ailleurs, on notait un retard en matière de suivi personnalisé auprès des patients diabétiques hospitalisés, autant d'éléments qui ont poussé Dre Corbeil à vouloir revoir les pratiques et à outiller les infirmières à acquérir davantage d'autonomie avec les patients.

C'est à la faveur d'une plus grande agilité organisationnelle que les délais de mise en œuvre de l'action collective auraient pu être optimisés. C'est également à la faveur d'une approche d'agilité que le leader intrapreneur peut être en mesure de négocier plus facilement les jeux de pouvoir et d'influence afin de proposer les changements nécessaires à l'effet de répondre aux besoins. C'est donc à la faveur d'une agilité organisationnelle que les zones d'incertitude peuvent être maîtrisées plus facilement et plus rapidement.

### 6.2.3 La réussite de la mise en place du modèle de soins et les objectifs mesurables de l'autogestion

La réflexion précédente sur le rôle du leader transformationnel montre que l'équipe de projet du CAIMC a intérêt à faire converger les intérêts des acteurs concernés et impliqués vers les résultats escomptés tout au long du processus de la mise en place du modèle de soins.

Depuis toujours, le patient est au cœur de nombreux modèles conceptuels de prise en charge des maladies chroniques. Sa participation est un enjeu majeur des soins de santé contemporains. L'éducation thérapeutique, plus communément appelée « autogestion » constitue une des six composantes essentielles du modèle de gestion des maladies chroniques.

L'évaluation de l'impact des programmes d'autogestion dans les maladies chroniques est complexe, et manque d'indicateurs de résultats intermédiaires pertinents et fiables en dehors des indicateurs médicaux spécifiques à chaque maladie.

Dans ce sens, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire développé spécifiquement pour évaluer les effets d'une intervention éducative chez les personnes avec maladies chroniques. Le questionnaire Heath Education Impact Questionnaire (HeiQ) version 3.0. L'objectif était de valider l'évolution des scores dans les huit domaines; cette évolution nous permettait de comprendre l'impact des interventions éducatives auprès des patients.

Pour l'équipe du CAIMC, les résultats produits dans le cadre de notre étude démontrent qu'une évolution était observée dans les sept domaines, mais d'une manière plus nette dans les domaines 3 (Autocontrôle et réflexivité) et 2 (Engagement positif et actif dans la vie).

Nous pourrions avancer qu'une évolution dans sept domaines a été observée, bien que l'effectif de 30 patients soit relativement petit; il serait important de confirmer ces résultats auprès d'un plus grand nombre de patients.

### **6.3 Amendements au modèle théorique sur la mise en œuvre d'un modèle de soin dans un contexte pluraliste**

Nos réflexions relatives aux dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins et aux dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés qui influencent son évolution, nous mènent maintenant à apporter des modifications à notre cadre théorique de départ. Notre analyse de la progression dans le temps de la mise en place d'un nouveau modèle de soins entre 2006 et 2015 nous permet donc de préciser certaines dimensions clés de notre cadre théorique du départ.

Ces précisions touchent notamment le rôle clé de l'intrapreneur dans la transformation organisationnelle, le processus d'apprentissage en spirale et l'importance de l'agilité organisationnelle.

À la suite de ces explications, la figure 14 révèle notre cadre théorique « Processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques » avec les modifications apportées.

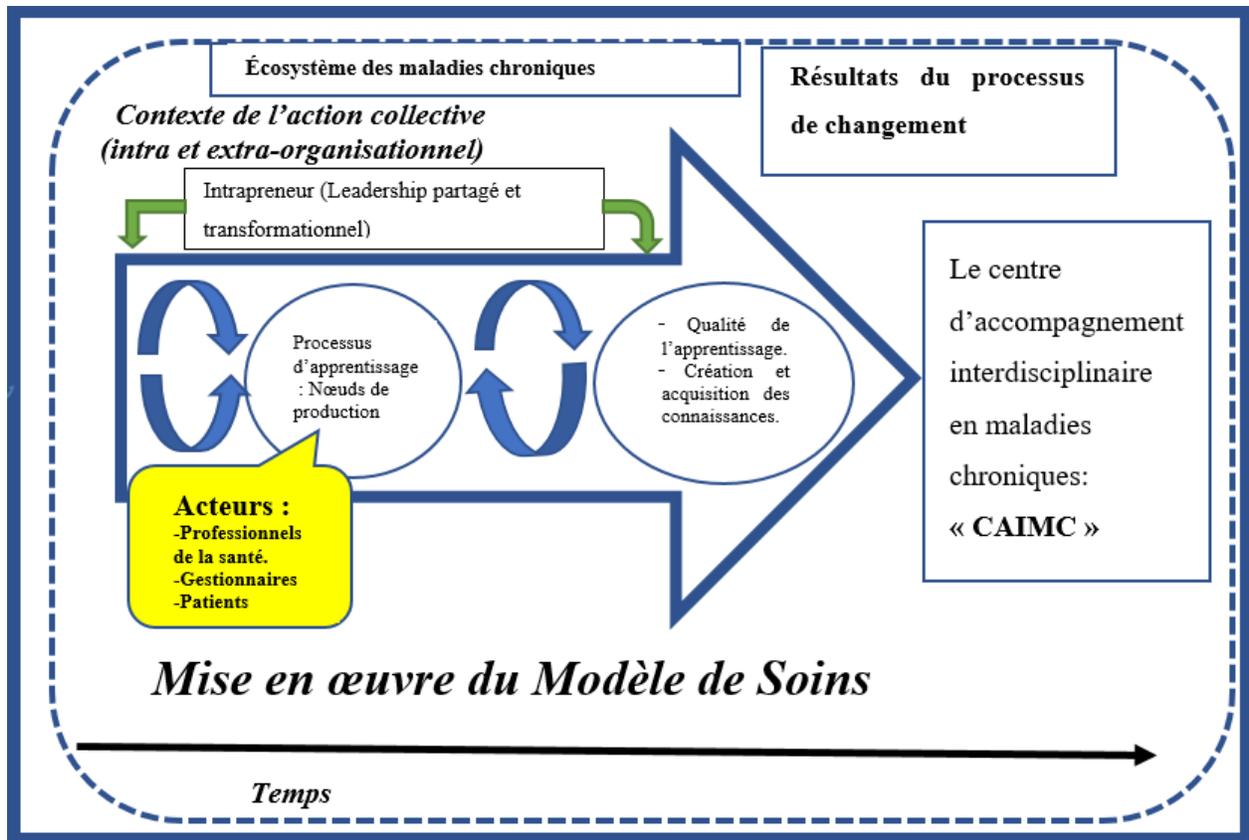


Figure 14. - Cadre théorique « Processus menant à la création d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques. » avec modifications

Notre analyse du processus de l'évolution de la mise en place du modèle sur une période allant de 2006 à 2015 nous a permis de discuter du processus d'apprentissage continu. Notre compréhension des comportements des acteurs du contexte pluraliste, plus particulièrement ceux associés à la mise en place du Modèle, nous a aidé à mettre en lumière leurs dynamiques d'interaction, ou ce que Crozier et Friedberg (1977) nomment le construit organisationnel. Nous avons démontré comment les stratégies des acteurs concernés dans un contexte pluraliste nourrissent l'action collective et que leurs actions sont tributaires de facteurs liés à l'environnement externe et interne (agilité organisationnelle). Ce processus évolue dans le temps.

Donc, au sein d'un contexte pluraliste, cela vient confirmer que les acteurs clés se mobilisent autour de certains enjeux qui, effectivement, « organisent, médiatisent et régulent à la fois les interdépendances et les processus d'échange qui s'en suivent » (Friedberg, 1993, p. 156).

L'échange de connaissances de part et d'autre est nécessaire pour élaborer de nouvelles manières de régler des problèmes relatifs à la prestation des soins et services afin d'innover. Dans une logique d'apprentissage continu, les acteurs en interaction doivent être au courant de leurs performances respectives de même que des résultats positifs de leur coopération et de ses modalités (Friedberg, 1993). L'effet du prix de la compagnie Merck ainsi que la reconnaissance du travail de l'équipe responsable du CAIMC ont eu un effet très mobilisateur auprès des autres acteurs. Ils ont eu un effet de « feedback loops » ou de « boucles de rétroaction » (Best et coll., 2012) au regard de la qualité des soins et des services et ainsi inciter les autres acteurs clés du sous-ensemble de l'écosystème des maladies chroniques à s'adapter tout au long du parcours de l'implantation.

Nos réflexions relatives à la mise en place d'un modèle de soins et aux dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés qui influencent son évolution, nous mènent maintenant à apporter des modifications à notre cadre théorique de départ. Notre analyse de la progression du changement entre 2006 et 2015 nous permet donc de préciser certaines dimensions clés de notre cadre théorique. Ces précisions touchent notamment le rôle de l'intrapreneur, le processus d'apprentissage continu et l'agilité organisationnelle.

Les modifications que nous avons apportées à notre cadre théorique terminaient donc notre discussion sur la mise en œuvre d'un modèle de soin menant à la mise en place d'un centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques au sein d'un contexte pluraliste.

## **Chapitre 7 – Conclusion et contributions de notre étude**

Dans ce dernier chapitre, nous présentons notre conclusion, dans laquelle nous proposons des recommandations concrètes aux décideurs publics en matière de conduite de la mise en place d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques, les principales contributions de notre étude à la théorie et à la pratique, ainsi que des pistes de recherches futures.

### **7.1 Recommandations concrètes aux décideurs publics**

Ce projet de recherche visait la compréhension et l'analyse des dynamiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soins permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Notre recherche a focalisé davantage sur un sous-ensemble d'acteurs au sein de cet écosystème, à savoir des acteurs qui peuvent exercer une influence sur l'implantation du modèle de soins. Pour comprendre les dynamiques associées à la mise en œuvre d'un modèle de soins, nous avons développé un modèle théorique qui s'appuie sur l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1977). Les résultats produits ont mis en évidence les dynamiques interactionnelles des acteurs dans un contexte pluraliste et leurs influences sur le cours de l'évolution de l'action collective.

Nos observations ont montré comment les comportements stratégiques des acteurs concernés et d'autres facteurs du contexte intra et extra organisationnel, comme la présence d'un intrapreneur, les systèmes d'information clinique, la création d'équipes de projets, l'implication de la communauté et la participation plus grande des patients, rendent très difficile la gestion du changement par les organisations pluralistes lors de l'implantation d'un modèle de soin dans un long horizon temporel. Afin d'assurer la progression du changement, l'équipe de projet a agi de manière à canaliser les divers

comportements, leur choix peut être considéré comme un processus continu d'apprentissage organisationnel.

Au sein du sous-ensemble de l'écosystème des maladies chroniques, nous avons montré de quelle manière les acteurs clés identifiés au sein d'un sous-ensemble, c'est-à-dire le leader transformationnel, son équipe et les membres de la direction de l'organisation, se sont mobilisés au fil du temps autour d'enjeux ayant trait à la mise en place d'un centre d'accompagnement interdisciplinaire en maladies chroniques et ainsi améliorer l'autogestion des patients de la région. Ce leadership s'exerce avec une perspective collectiviste où plusieurs acteurs assurent différents rôles de leadership. En fait, la complexité grandissante et le besoin d'autonomie de ces experts engendrent de nouveaux types d'interactions, et favorisent le partage de l'influence entre eux pour faire face aux enjeux. Nous assistons à l'émergence d'un leadership collectif.

Ces enjeux ont poussé ces différents acteurs à passer à l'action, ce qui a fait avancer la mise en place du projet du CAIMC. Pendant la période analysée, le projet a évolué en fonction de la vitesse de réaction de la haute direction au contexte en perpétuelle évolution, par l'expérimentation des acteurs visant l'acquisition et la création de connaissances. Comme nous l'avons vu, ce processus en spirale continuera à progresser dans le temps. Notant aussi la complexité qui entoure la mise en œuvre des modèles de soins au sein des organisations pluralistes, qui rend ces processus difficiles à orchestrer, nous émettons trois recommandations utiles aux décideurs publics pour une mise en place de modèles de prise en charge des maladies chroniques. Les sections suivantes expliquent ce que nous proposons pour orienter les actions stratégiques des acteurs impliqués et d'être en mesure de déterminer le cours de l'action collective.

### 7.1.1 Des objectifs clairs pour orchestrer l'avancement du projet de mise en œuvre d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques

Alors que la mise en place d'un modèle de soin est un long processus qui dépend de la nature des interactions entre de nombreux acteurs interdépendants, et que leur mobilisation nécessite des qualités et une adaptation au changement afin d'atteindre les transformations voulues, il est primordial que la haute direction précise une finalité dès le départ et propose un système de mesure des résultats atteints. L'engagement des pouvoirs administratif et médical constitue une condition sine qua non pour avancer d'une manière efficace et efficiente dans le processus de prise en charge des maladies chroniques et l'implantation d'un modèle de soin.

### 7.1.2 L'agilité organisationnelle pour canaliser l'action collective et favoriser l'intrapreneuriat

Dans les organisations pluralistes, la présence de plusieurs acteurs et leurs relations de pouvoir complexes limitent parfois le pilotage de changements. Cependant, la haute direction doit favoriser l'agilité et elle a la responsabilité de promouvoir une culture intrapreneuriale; il s'agit d'une condition pour permettre l'initiation de l'innovation au sein de tout organisme, notamment lorsqu'il est fortement hiérarchisé, complexe et doté de réglementations qui peuvent être un frein pour les acteurs du système. Le degré d'autonomie prévalant au sein de l'organisation, et la disposition des individus ou non à prendre des risques et des initiatives innovantes, sont des éléments clés pour confirmer le comportement organisationnel. Un engagement de la haute direction dans ce sens favorisera la canalisation de l'action collective.

Dans le cas particulier de la mise en place du CAIMC, le principal objectif était d'améliorer l'état de santé de la population atteinte de maladies chroniques grâce à une approche interdisciplinaire des intervenants. Réfléchir à la question de l'agilité organisationnelle au sein du système de santé

rejoint le besoin pour l'organisation des soins de se transformer d'une manière qui permettrait de détecter rapidement les besoins et facteurs de changements. De manière plus précise, il s'agit de détecter et de comprendre les enjeux pour chacun des acteurs du système dans la redéfinition de leurs rôles et de leurs stratégies d'action afin d'évoluer plus rapidement vers un nouvel objectif.

En conséquence, on peut parler de l'existence d'une culture organisationnelle agile qui encouragerait l'intrapreneuriat et les processus d'innovation à l'interne. L'agilité est un contexte organisationnel qui peut favoriser l'intrapreneuriat.

L'implantation de l'innovation qui fait appel à une combinaison d'expertises est donc tributaire de la présence de plusieurs leaders qui influenceront respectivement sur leurs champs de compétence. Ainsi, nous soutenons que l'émergence d'un leadership partagé dans un contexte d'organisations pluralistes de soins est une condition clé pour permettre de générer l'innovation induite par la nécessité de changement et l'adaptation aux besoins de l'organisation et aux pressions de son environnement. Cette agilité permettrait l'émergence d'intrapreneurs agissant comme leaders transformationnels.

Dans ce sens, l'intrapreneur aurait davantage intérêt à revêtir l'étoffe du leader transformationnel afin de recueillir les meilleurs atouts des acteurs en présence et d'améliorer le processus continu d'apprentissage. Il semblerait donc que l'intrapreneur a généralement l'étoffe du leader transformationnel. En effet, la notion d'intrapreneur renvoie à la fois à des attributs personnels et à des comportements ainsi qu'à des processus et démarches pour stimuler l'innovation.

En conclusion, nous avons essayé par cette contribution d'attirer l'attention sur le fait que pour dynamiser l'intrapreneuriat au sein des organisations pluralistes, il est nécessaire à la fois de mettre en place un contexte organisationnel agile et propice à l'innovation et de sélectionner des leaders à potentiel intrapreneurial, c'est-à-dire des acteurs qui sont naturellement enclins à prendre des initiatives innovantes et qui seront capables d'évoluer dans un environnement organisationnel complexe, mais qui leur confère une certaine latitude.

### 7.1.3 La création et l'acquisition de connaissances comme support au processus continu d'apprentissage

L'apprentissage est un concept dynamique qui reflète les transformations internes et continues des organisations. De plus, il s'agit d'un concept intégrateur qui unifie différents niveaux d'apprentissage à la fois individuel, de groupe et organisationnel. L'acquisition de connaissance est définie comme un mouvement de réception des connaissances transférées dans un contexte de coopération. Un manque de création de nouvelles connaissances peut générer une baisse au niveau de la performance et l'atteinte des résultats cliniques. C'est pourquoi il est primordial de comprendre le processus de création de nouvelles connaissances pour développer une organisation apprenante et avoir un leader ou une équipe dédiée à la mise en place d'un processus d'apprentissage continu et à l'innovation.

La définition des modalités de création et d'acquisition de connaissances ainsi que les conditions organisationnelles intervenant dans le processus de la gestion du changement organisationnel conduisent à un certain niveau de performance. Surtout, garder en tête le questionnement suivant : comment les conditions organisationnelles sous-jacentes à un partenariat et une collaboration entre les acteurs favorisent-elles la qualité de l'apprentissage ? Quels sont les

risques perçus par les dirigeants de l'organisation? Comment maîtriser ces risques perçus pour favoriser l'apprentissage et, par la suite, la performance de l'organisation?

L'impact des conditions organisationnelles sur la qualité de l'apprentissage et sur la performance des organisations est une réalité. D'où l'importance d'une culture organisationnelle favorisant l'apprentissage continu. Cependant, l'acquisition de connaissances ne peut pas être suffisante, car ces connaissances risqueraient de devenir obsolètes au fil du temps. Il est important de favoriser l'apprentissage organisationnel, à partir de connaissances acquises, de nouvelles connaissances émergeront aussi avec l'évolution des bonnes pratiques. La qualité de l'acquisition de connaissances et la qualité de la création de cette connaissance peuvent influencer directement ou indirectement les performances et l'atteinte des objectifs au sein des organisations pluralistes.

Les processus de production de connaissances se développent dans un champ d'interaction, au sein des organisations nécessitant de produire de l'information au niveau de l'organisation pour que les individus puissent disposer de représentations communes et bonifier leurs représentations (Nonaka, 1994). Cela accélère le processus de création de connaissances. En partageant de l'information, les individus peuvent participer à la création de sens : en partageant ces représentations communes, l'information facilite les interprétations collectives.

En somme, le modèle de Nonaka fonde la création de connaissances organisationnelles sur des interactions individuelles et la création de connaissance organisationnelle est produite lorsque les différents membres de l'organisation partagent des connaissances tacites. Ainsi, les interactions ou les processus sociaux dans la construction de l'apprentissage organisationnel

peuvent permettre d'atteindre un apprentissage en double boucle, voire en triple boucle (Kieser et Koch, 2008).

Le grand défi pour les organisations pluralistes serait de favoriser la création de la connaissance et s'assurer de l'intégration, l'explication et la généralisation de la connaissance tacite à tous les niveaux organisationnels. D'où l'importance pour l'organisation de prendre soin des connaissances créées par le leader transformationnel.

## **7.2 Contribution de notre étude à la théorie**

Le modèle théorique qui découle de notre étude contribue à enrichir la compréhension et l'analyse des dynamiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un modèle organisationnel de soins. Un des constats de notre recherche est l'importance de l'intrapreneurship comme processus social au sein des organisations de santé du secteur public, le travail acharné de l'intrapreneur qui, par son leadership transformationnel, crée un leadership partagé. Ce processus se nourrit avec les nœuds de production qui permettent avec le temps la création d'un processus continu d'apprentissage menant au cheminement d'une innovation organisationnelle.

Nous avons contribué de manière originale à mieux comprendre l'importance de l'intrapreneuriat dans les organisations de santé du secteur public, et à mettre en lumière les dynamiques entre les acteurs responsables de la mise en œuvre d'un modèle de soins dans un contexte pluraliste. Le concept d'intrapreneuriat est trop récent pour faire consensus, Allali (2003) le qualifie même de capharnaüm. À notre connaissance, il n'existe que très peu d'études touchant les organisations pluralistes de santé qui ont exploré l'importance de l'intrapreneuriat comme faisant partie d'un

processus continu d'apprentissage. D'ailleurs, une revue de la littérature a été menée pour identifier les articles ayant pour objectif principal l'entrepreneuriat en santé publique et l'intrapreneuriat. Cela nous a permis d'identifier quelques articles, dont Jacobson et coll. (2015) qui confirme que les organisations de santé ne soutiennent pas significativement l'activité intrapreneuriale.

Notre étude met aussi en évidence comment le leader intrapreneurial, dans ses interactions avec les autres acteurs, participe activement à la construction du leadership partagé essentiel à la mise en œuvre du projet de changement.

Les caractéristiques et les actions du leadership partagé évoluent au fur et à mesure que le projet progresse dans le temps, c'est là où nous avons observé l'importance du processus continu d'apprentissage de l'équipe de projet, par exemple lors des tournées en GMF et lors de la mise en place du processus des ordonnances collectives dans la région. À chaque fois, il y avait de l'adaptation pour faire face aux contraintes. C'est le travail acharné, régulier et persévérant de l'intrapreneur qui permettait l'avancement malgré les défis. Un contexte organisationnel agile apparaît être une condition déterminante pour l'émergence d'une dynamique d'apprentissage favorable à la création d'un leadership partagé, son maintien et l'efficacité de ses actions.

Plusieurs publications sur le leadership partagé nous montrent que ce n'est pas simple à réaliser (Denis, Langley et Sergi, 2012; Carson et al. 2007; Pearce, 2004 ). Il faut relever beaucoup de défis comme la possibilité de conflits entre des leaders émergents, la difficulté de soutenir la collaboration à long terme, le besoin d'un intrapreneur plus en avant qui parfois, doit se retirer pour laisser la place aux autres pour jouer leur rôle. Toutefois, l'observation fine de notre

intrapreneur permet de comprendre comment il a créé un contexte qui facilite l'émergence d'un leadership partagé. En faisant cela, il a relevé plusieurs défis tout au long du processus de création et d'acquisition des connaissances. Notre modèle est une illustration de l'importance du processus d'apprentissage.

Ainsi, notre étude permet dans certains contextes ou circonstances de comprendre le rôle joué par l'intrapreneur en tant qu'intégrateur pour convertir son influence partagée en moteur d'innovations. De ce fait, l'intrapreneur fait avancer toute la dynamique de l'apprentissage qui nous amène à la mise en œuvre d'un modèle de soins.

### **7.3 Contributions de notre étude à la pratique**

Notre analyse en profondeur apporte une contribution originale pouvant informer de manière pratique les décideurs publics et les autres acteurs concernés par la prise en charge des maladies chroniques. Elle sera d'autant plus utile que le système de santé devra faire face dans les prochaines années à une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques.

Alors, voici de quelles manières notre contribution peut être utile :

- Les décideurs publics peuvent intégrer nos connaissances sur les dynamiques entre les acteurs en relation au sein de l'écosystème de maladies chroniques et avoir recours à la création et à l'acquisition de connaissances comme support au processus continu d'apprentissage; cette intégration impliquerait une plus grande liberté d'action à l'échelle locale.

- À la lumière de cette recherche, un appel est lancé pour l'ouverture d'un dialogue nouveau entre les diverses instances du système de santé. Un nouvel équilibre qui peut favoriser l'innovation tout en gardant une cohérence d'ensemble au système de santé.
- Le système de santé a la plus grande variété de professions, c'est un terrain fertile à l'interdisciplinarité. Il semble que dans notre système de santé les frontières interprofessionnelles soient parfois difficiles à gérer, mais nous avons un exemple d'une situation où il est avantageux pour le système de santé de réfléchir à réévaluer les frontières entre les ordres professionnels.
- Notre modèle peut aussi être intégré et utilisé dans n'importe quel processus de réorganisation des soins et services et de changement qui vise la mise en place d'un parcours de soins. Le cas des personnes âgées est un très bel exemple où la mise en place d'un parcours de soins complexe nécessite une analyse de la transformation des pratiques importante avec la participation de plusieurs professionnels de la santé.
- Notre modèle peut aussi servir et être utile dans des cas comme le parcours de soins complexe de la santé mentale et la toxicomanie.

Par ailleurs, les acteurs qui aspirent à devenir des intrapreneurs au sein des organisations de santé devraient être sensibilisés et formés à l'importance du leadership partagé dans un contexte de travail. Ils devraient notamment s'assurer de mobiliser, de solliciter les contributions et de reconnaître l'apport de chacun pour stimuler l'engagement des membres de l'équipe de projet. D'ailleurs, les acteurs du changement qui travaillent dans les équipes de projets devraient être sensibilisés à l'importance de favoriser un environnement interne propice à la contribution et à

l'influence de chacun pour permettre la mobilisation du potentiel de l'ensemble des membres, stimuler l'apprentissage collaboratif et améliorer la performance de l'équipe de projet.

#### **7.4 Pistes de recherches futures**

Nous sommes conscients que les résultats de notre recherche contribuent humblement à la compréhension de la mise en œuvre d'un modèle de soin, aux dynamiques associées et du pilotage d'un processus continu de changement. En revanche, nous croyons que les réflexions concernant ce processus complexe peuvent être enrichies par de futurs travaux de recherche en prenant en considération l'implication et la contribution du patient comme un partenaire dans le modèle que nous avons étudié.

De plus, les données empiriques nous amènent à identifier des concepts que nous considérons comme prometteurs pour poursuivre des analyses plus approfondies de la dynamique de mise en œuvre des programmes. Dans ce sens, l'action intrapreneuriale nous apparaît importante à approfondir en prenant en considération ses impacts sur les processus d'apprentissage qui permettent la progression de l'implantation d'un changement. À cet égard, les travaux de Nonaka (1988) sont utiles et pertinents.

Nous encourageons une validation de notre modèle dans des recherches sur d'autres situations complexes comme la santé mentale et la toxicomanie.

## Références bibliographiques

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- ALLALI, Brahim (2003), « Intrapreneuriat et organisation », Cahiers de recherches HEC \ Chaire d'entrepreneurship Maclean Hunter.
- Alvarado K. Factors Influencing Implementation of Medical Directives by Registered Nurses: The Experience of a large Ontario Hospital. *Nurs Res.* 2007;20(1):72-90.
- ASSSM. (2012). *Alléger le fardeau des maladies chroniques- Une première ligne toute tracée pour des générations en santé*. Direction de la santé publique
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-145.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- 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. *Hosp Q*, 7(1), 73-82.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Guay, H. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. *Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale*.
- Bélanger, A. (2015). *Validation française du Health Education Impact Questionnaire (HEIQ) auprès d'une clientèle avec maladies chroniques en soins de première ligne*. Université du Québec à Chicoutimi,
- Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*. Paris: Seuil.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J.E., Carroll, S. and Bitz, J. (2012), Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *The Milbank Quarterly*, 90: 421-456. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x>
- Beyer J.N. G. Price H.N. (1978). *Implementing change: Alcoholism policy in work organizations"*. New York. Free Press.
- Bierwerth, M., Schwens, C., Isidor, R., & Kabst, R. (2015). Corporate entrepreneurship and performance: A meta-analysis. *Small business economics*, 45(2), 255-278.
- Bolgiani, I. (2002). L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités. *Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik*.
- BODENHEIMER, T., K. LORIG, H. HOLMAN et K. GRUMBACK. (2002). «Patient Self Management of Chronic Disease in Primary Care », *JAMA*, vol. 288, n° 19, p. 2469-2475.
- Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166-71.

- Boivin, P. Lehoux, J. Burgers and R. Grol (2014), «What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation », *The Milbank Quarterly* 92(2), p. 319-350.
- Bonneau, I. (2015). *Le développement du leadership partagé dans les équipes de projet*. Université du Québec à Montréal,
- Bouchard, V. (2009). *Intrapreneuriat: Innovation et croissance: Entreprendre dans l'entreprise*. (No. hal-02298119).
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, Renzi P, Nault D, Borycki, E, Schwartzman K, Singh R, Collet JP, (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 163(5), 585-591. doi:10.1001/archinte.163.5.585
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bracht, N., Finnegan Jr, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., et Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research*, 9(2), 243-255.
- BRESSE, M.-P. (2011). Conceptualiser le changement qui vient « d'en bas»: réflexion sur l'innovation et l'intrapreneuriat. *ASPECTS SOCIOLOGIQUES, VOL.18 NO 1*.
- Burke, S., Fiore SM, Salas E. (2003). The role of shared cognition in enabling shared leadership and team adaptability. Dans Pearce, C. L. et J. A. Conger (dir.), *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (p. 103-122). Thousand Oaks, CA. : SAGE Publications.
- Carrier, C. (1997). *De la créativité à l'intrapreneuriat*, Sainte-Foy, Collection PME et entreprenariat, Presses de l'Université du Québec.
- Carrier, C. (2000). « L'Intrapreneuriat – A la recherche de complices innovants et entreprenants », in Verstraete, T. (dir.), *Histoire d'entreprendre – Les réalités de l'entrepreneuriat*, Caen : Éditions EMS, pp. 199- 210.
- Carroll, P. (2006). *Nursing leadership and management: A practical guide*: Delmar Pub.
- Carson, J. B., Tesluk, P. E., & Marrone, J. A. (2007). Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of management Journal*, 50(5), 1217-1234.
- Cazale L, Laprise P, Nanhou V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales, *Zoom santé*. Zoom santé, no 17, janvier, 18 p.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian journal of public health*, 88(2), 109-113.
- Chiles, T. H., Meyer, A. D., & Hench, T. J. (2004). Organizational emergence: The origin and transformation of Branson, Missouri's musical theaters. *Organization science*, 15(5), 499-519.
- Choo, C. W. (2006). *The knowing organization: How organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions*. New York: Oxford University Press.

- Chreim, S. (2015). The (non) distribution of leadership roles: Considering leadership practices and configurations. *Human Relations*, 68(4), 517-543.
- Chung, L. H., et Gibbons, P. (1997). Corporate entrepreneurship: The roles of ideology and social capital. 22(1), 10-30.
- Collège des médecins du Québec, (2017). Les ordonnances collectives, [Available from: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>
- Collerette, P., Delisle G et Perro R. 1997. Le changement organisationnel: Théorie et pratique. Presse de l'Université du Québec, p. 173
- Commission Clair. (2000). *Les solutions émergentes, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Québec.
- Commissaire à la santé et au bien être. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010- État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux. p.18.
- Conseil canadien de la santé. (2010). Aider les patients à gérer leur santé: Les Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent-ils le soutien nécessaire ?
- Contandriopoulos A.P. Champagne F, Denis JL, Pineault R (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48:517-539.
- Contandriopoulos A.P., Denis J.L., Touati N. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol 8 numéro 2: 38-52, 40.
- Cook, S. D. N. et Brown, J. S. (1999). Bridging epistemologies: the generative dance between organizational knowledge and organizational knowing. Dans, S. Little, P. Quintas, et T. Ray. *Managing Knowledge: An essential Reader* (pp. 68-101). London: Sage Publications.
- Cooper, D. J., Hinings, B., Greenwood, R., Brown, J. L., Cooper, D. J., Hinings, B., . . . Brown, J. L. (1996). Sedimentation and Transformation in Organizational Change: The Case of Canadian Law Firms. *Organization Studies*, 17(4), 623-647. doi:10.1177/017084069601700404
- Cox, J. F., Pearce, C. L., & Perry, M. L. (2003). Toward a model of shared leadership and distributed influence in the innovation process: How shared leadership can enhance new product development team dynamics and effectiveness. In *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (pp. 48-76). SAGE Publications.
- Crozier, et Friedberg. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Crozier, M., et Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Editions du Seuil.
- de Silva, D. (2011). *Helping people help themselves A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management*. Royaume-Uni.
- D'Amour, D., Tremblay, D., et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

- Damanpour, F. (1988). Innovation type, radicalness, and the adoption process. *Communication research*, 15(5), 545-567.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of management journal*, 34(3), 555-590.
- Debussche, X. (2018). Le questionnaire heiQ: un outil d'intelligibilité de l'impact de l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques-Analyse dans le cadre de l'investigation d'un programme diabète. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 10(1), 10205.
- DeChurch, L. A. et Mathieu, J. E. (2009). Thinking in terms of multiteam systems. Dans Salas, E., G. F. Goodwin et C. S. Burke (dir.), *Team effectiveness in complex organizations: Cross-disciplinary perspectives and approaches*. (p. 267-292). New York: Routledge.
- Denis, J.-L., et Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., et Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., Langley, A., et Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human relations*, 60(1), 179-215.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2010). The practice of leadership in the messy world of organizations. *Leadership*, 6(1), 67-88.
- Denis, J.-L., Langley, A., et Sergi, V. (2012). Leadership in the plural. *Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283.
- DeRue, D. S., Nahrgang, J. D., & Ashford, S. J. (2015). Interpersonal perceptions and the emergence of leadership structures in groups: A network perspective. *Organization Science*, 26(4), 1192-1209.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Effing, T., Monninkhof, E. M., van der Valk, P. D. L. P. M., van der Palen, J., van Herwaarden, C. L. A., Partidge, M. R., Zielhuis, G. A. (2009). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD002990.
- Elsworth GR, Osborne RH. Percentile ranks and benchmark estimates of change for the Health Education Impact Questionnaire: Normative data from an Australian sample. *SAGE Open Med* 2017; 5:1–14.
- Emery, Y., et Giauque, D. (2012). *Motivations et valeurs des agents publics à l'épreuve des réformes*: Presses de l'Université Laval.
- Fausing, M. S. et al. (2015). Antecedents of shared leadership: Empowering leadership and interdependence. *Leadership & Organization Development Journal*, 36(3), 271-291.
- Flora, L. (2012), *Le patient formateur. Élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*, PhD, Université Paris 8.
- Flora, L. et al. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie: le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117.

- Fortin, B., et Goulet, S. (2012). *Comment améliorer mon médecin? : le patient efficace*. Anjou, Québec: Fides.
- Fortin, M., Chouinard, M. C., Bouhali, T., Dubois, M. F., Gagnon, C., et Belanger, M. (2013). Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Serv Res*, 13, 132. doi:10.1186/1472-6963-13-132
- Foudriat, M. (2005). *Sociologie des organisations : la pratique du raisonnement*. Paris: Pearson Education.
- Foudriat, M. (2011). *Sociologie des organisations : la pratique du raisonnement* (3e éd.). Paris: Pearson Education.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*.
- Gadoury, M. A., Schwartzman, K., Rouleau, M., Maltais, F., Julien, M., Beaupre, A., . . . Bourbeau, J. (2005). Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J*, 26(5), 853-857. doi:10.1183/09031936.05.00093204
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*: Puq.
- Gherardi Silvia. and Nicolini, D. (2000). The organizational learning of safety in communities of practice. *Journal of management Inquiry*, 9(1), 7-18.
- Giroux, N. (1993). Communication et changement dans les organisations. (3).
- Glouberman, S., et Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3), 12-22.
- Goodman, R. M. et Steckler; A. (1989). A framework for assessing program institutionalization. *The International Journal of Knowledge Transfer*; 2(1), 57- 71.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., et Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 20(2), 161-178.
- Government of British Columbia. (2003). Chronic Disease Management Update. Document disponible sur Internet: Retrieved from <http://www.healthservices.gov.bc.ca/cdm/research/index.html>
- Greenberg, D. B., & Sexton, D. L. (1988). An interactive model for new venture creation. *Journal of Small Business Management*, 26(3).
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*, 13((2002)),423-451.
- Grouard, Benoit et Meston, Francis. 1998. *L'Entreprise en mouvement: conduire et réussir le changement*. Dunod, 336 p.
- Guilhon, A. 1998. Le changement organisationnel est un apprentissage, *Revue française de gestion*. septembre-octobre (120), 98-107.
- Hage, J. 1980. *Theories of Organizations: Form, Process, and Transformation*. New York, Wiley.
- Hage, J.T. 1999. Organizational Innovation and Organizational Change, *Annual Review of Sociology* 25, 597-622.
- Hage, J. et M. Aiken. 1970. *Social Change in Complex Organizations*. Englewood Cliffs, NJ, PrenticeHall.

- Harris, M. F., et Zwar, N. A. (2007). Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Medical Journal of Australia*, 187(2), 104.
- Hawkins, P. (2017). *Leadership team coaching: Developing collective transformational leadership*: Kogan Page Publishers.
- Hernandez, É. M. (1995). L'entrepreneuriat comme processus. *Revue internationale PME économie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, 8(1), 107-119.
- Hoegl et coll., 2011
- Hornsby, J. S., Kuratko, D. F., Holt, D. T., & Wales, W. J. (2013). Assessing a measurement of organizational preparedness for corporate entrepreneurship. *Journal of Product Innovation Management*, 30(5), 937-955.
- Hornsby, J.S., Kuratko, D.F., Shepherd, D.A., & Bott, J.P. (2009). Managers' corporate entrepreneurial actions: Examining perception and position. *Journal of Business Venturing*, 24 (3), 236–247.
- Ikävalko, H., et Aaltonen, P. (2001). Middle managers' role in strategy implementation—middle managers view. Paper presented at the 17th EGOS Colloquium, Lyon, France.
- Institut National de santé publique du Québec. (2009). Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions.
- Institute for Innovation and Improvement. (2006a). Improving Care for People with Long-Term Conditions. A review of UK and International Frameworks, (University of Birmingham, National Health Service).
- Institute for Innovation and Improvement. (2006b). Improving Care for People with Long-Term Conditions. A review of UK and International Frameworks, *University of Birmingham, National Health Service*.
- Jackson, S. (2000). A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of management in medicine*.
- Jacob, S. O., Laurence. (2009). L'évaluation participative. Avantages et difficultés d'une pratique innovante *Cahiers de la performance et de l'évaluation* (1).
- Jacobson PD, Wasserman J, Wu HW, Lauer JR. Assessing entrepreneurship in governmental public health. *Am J Public Health*. (2015) 105:S318–22. doi: 10.2105/AJPH.2014.302388
- Jarrett, M. (2009). *Changeability: why some companies are ready for change and others aren't*. Harlow, England : Financial Times/Prentice Hall, 2009.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence: trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*: PUQ.
- Joroff, Michael L.; Porter, William L.; Feinberg, Barbara; Kukla, Chuck; "The agile workplace" *Journal of Corporate Real Estate*, Volume 5, Number 4, 2003, pp. 293-311(19)
- Karazivan P., Dumez V., Flora L., Jouet E., Las Vergnas O., Del Grande C., Pomey M.-P., Guadiri S., Fernandez N., Lebel P. (2015), «The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition», *Academic medicine*, (Canada), April 2015 – Volume 90 – Issue 4; pp.437–441.

- Kearney, C., & Meynhardt, T. (2016). Directing corporate entrepreneurship strategy in the public sector to public value: Antecedents, components, and outcomes. *International Public Management Journal*, 19(4), 543-572.
- Kickert, K., Koppenjan. (1997). *Managing complex networks: strategies for the public sector*: Sage.
- KIESER, A. et KOCH, U. (2008), « Bounded Rationality and Organizational Learning Based on Rule Changes », *Management Learning*, juillet 1, Vol 39(3): pp329-347
- Klijn, E. H., et Teisman, G. R. (1997). Strategies and games in networks. *Managing complex networks: Strategies for the public sector*, 98, 118.
- Kreindler. (2009). Lifting the burden of chronic disease: what has worked? What hasn't? What next? *Healthcare quarterly*, 12 n 2, 30-41.
- Kuratko, D. F., Covin, J. G., & Hornsby, J. S. (2014). Why implementing corporate innovation is so difficult. *Business Horizons*, 57(5), 647-655.
- Kuzel, A. (1999). Sampling in qualitative inquiry. *Doing qualitative research*. Edited by Crabtree BF, Miller WL. 1999. In: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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 SANTE*, 8(2), 71-92.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27, 23-30. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0023>
- Langevin, P., et Mendoza, C. (2014). Impliquer les managers à atteindre leurs objectifs : participation, feedback et confiance. [Motivating managers' goal commitment: participation, feedback, and trust]. 20(3), 43-71. doi:10.3917/cca.203.0043
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*, 24(4), 691-710.
- Langley, M. (2015). *Capturing the value of project management through organisational agility*. In: Pennsylvania, PA: Project Management Institution.
- Commissaire à la santé et au bien être. (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010- État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux*. p.18.
- Lebel, P., L. Flora, V. Dumez, A. Berkesse and J. Trempe-Martineau (2014), « Le partenariat en santé : pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants par la co-construction », *Vie et vieillissement* 12 (11), p. 15-20.
- Leiter, L. A., Berard, L., Bowering, C. K., Cheng, A. Y., Dawson, K. G., Ekoe, J. M., . . . Langer, A. (2013). Type 2 diabetes mellitus management in Canada: is it improving? *Can J Diabetes*, 37(2), 82-89. doi:10.1016/j.jcjd.2013.02.055
- Lévesque, J.F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Simard B. (2007). L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec barrières et éléments facilitant. Montreal: Institut national de santé publique du Québec <http://bibliotheques.uqam.ca/cgi-bin/bduqam/transit.pl?etnoMan=25179068>
- Lin, C.T., Chiu, H. and Chu, P.Y. (2006), 'Agility index in the supply chain', *International Journal of Production Economics*, Vol. 100 No. 2, pp. 285-299.

- Lincoln, Y., et Guba, E. (1985). Establishing Trustworthiness. *Naturalistic Inquiry*. 1985. In: Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Linden, R. M. (2010). *Leading across boundaries: Creating collaborative agencies in a networked world*: John Wiley et Sons.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., et Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice: ECP*, 4(6), 256-262.
- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D. S., et Laurent, D. (2013). *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema and other physical and mental health conditions* (Fourth edition. ed.). Boulder, Colorado: Bull Publishing Company.
- Løwendahl, B., et Revang, Ø. (1998). Challenges to existing strategy theory in a postindustrial society. *Strategic Management Journal*, 19(8), 755-773. doi:10.1002/(SICI)1097-0266(199808)19:8<755:AID-SMJ968>3.0.CO;2-A
- Luc, Édith. (2017). *Le leadership partagé*: Presses de l'Université de Montréal.
- Luc, Édith. (2019). *Le secret des grandes équipes : huit compétences pour un leadership partagé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (1996). Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Academy of management Review*, 21(1), 135-172.
- Macfarlane, F., Barton-Sweeney, C., Woodard, F., & Greenhalgh, T. (2013). Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory. *Social Science & Medicine*, 80, 10-18.
- MacNaughton, K., Chreim, S., et Bourgeault, I. L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC health services research*, 13(1), 1-13.
- Malarewicz, J.-A. (2012). *Systémique et entreprise : mettre en œuvre une stratégie de changement* (3e édition. ed.). Paris: Pearson.
- Martín-Rojas, R., García-Morales, V. J., et García-Sánchez, E. (2011). The influence on corporate entrepreneurship of technological variables. *Industrial Management et Data Systems*. Marvel, Griffin, Hebda et Vojak, 2007
- McGowan, P. (2007). *The chronic disease self-management program in British Columbia*.
- Meade, L. M., et Sarkis, J. J. I. J. (1999). Analyzing organizational project alternatives for agile manufacturing processes: an analytical network approach. *International Journal of Production Research*, 37(2), 241-261.
- Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives (2e éd)*. Paris: De Boeck Université.
- Miller, D. (2011). Miller (1983) revisited: A reflection on EO research and some suggestions for the future. *Entrepreneurship theory and practice*, 35(5), 873-894.
- Ministère de la santé et des services sociaux., Q. P. (2004). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document principal*. Retrieved from <http://collections.banq.gc.ca/ark:/52327/49351>
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (1999). Transformer l'entreprise. *GESTION-MONTREAL*, 24, 122-130.

- MINTZBERG, Henry. Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation. Les Editions Agence d'ARC Inc., Paris, 1982, p. 62-9.
- MSSS, G. d. Q. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (2e éd. mise à jour et augm. ed.). Paris: A. Colin.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*: Armand Colin.
- Nahmias , A. H., et Perkins, C. (2012). *The Agile Change Methodology: A Researched Organizational Change Maturity Model Helping Organizations Become Agile, a Proven Change Management Method*. LAMBERT Academic Publishing.
- Nilsen, E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S., et Oxman, A. D. (2006). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD004563. doi:10.1002/14651858.CD004563.pub2
- Nolte, E., et McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*: McGraw-Hill Education (UK).
- Nonaka, I. J. M. S. M. R. (1988). Toward middle-up-down management: accelerating information creation. *29*(3), 9.
- Nonaka, I. (1994), A dynamic theory of organizational knowledge creation, *Organization Science*, *5*(1), 14-37.
- Nonaka, I. et Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nutting, P. A., Dickinson, W. P., Nelson, L. M., King, C. C., et Crabtree, B. F. (2007). Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Ann Fam Med*, *5*(1), 14-20.
- Nyenswah, T., Engineer, C. Y., et Peters, D. H. (2016). Leadership in times of crisis: the example of Ebola virus disease in Liberia. *Health Systems et Reform*, *2*(3), 194-207.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Maladies chroniques*.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe, *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*, Copenhague, OMS, 1998, 88 p.
- Osborne, R. H., Elsworth, G. R., et Whitfield, K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Educ Couns*, *66*(2), 192-201. doi:10.1016/j.pec.2006.12.002
- Patton. (2002). Qualitative interviewing. *Qualitative research and evaluation methods*, *3*, 344-347.
- Pearce, C. L. et Conger, J. A. (2003). *Shared Leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications Inc.

- Pearce, C. L. (2004). The future of leadership: Combining vertical and shared leadership to transform knowledge work. *Academy of Management Perspectives*, 18(1), 47-57.
- Pearce, C. L., Manz, C. C., et Sims, H. P., Jr. (2009). Where do we go from here? Is shared leadership the key to team success? *Organizational Dynamics*, 38(3), 234-238.
- Pétre, B., Scholtes, B., Voz, B., Ortiz Halabi, I., Gillain, N., Husson, E., ... et Bragard, I. (2018). L'approche patient partenaire de soins en question. *Revue Médicale de Liege*
- Pettigrew, A. M. (1997). What is a processual analysis. *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337-348.
- Pettigrew, A. M. (1979). On Studying Organizational Cultures Andrew M. Pettigrew. *Administrative science quarterly*, 24(4).
- Pettigrew, A. M., et Whipp, R. (1991). *Managing change for competitive success*. Oxford, UK. Cambridge, Mass., USA: B. Blackwell.
- Pinchot III, G. (1985). *Intrapreneuring: Why you don't have to leave the corporation to become an entrepreneur*.
- Pluye, P., Potvin, L., et Denis, J. L. *La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé*. 2000
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., 2004, «Making Public Health Programs Last: Conceptualizing Sustainability», *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, n° 2, pp. 121-133
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., ... et Jouet, E. (2015). Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 1(HS), 41-50.
- Pomey, M., Menear, M., Drouin, C., Saba, T. & Roy, D. (2020). Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques : le programme COMPAS+ au Québec. *Revue française des affaires sociales*, , 325-335. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0325>
- Québec (Province). Assemblée nationale. Législature (33e 1re session : 1985-1988)., et Lincoln, C. (1986). *Draft bill : Pesticides Act*. Québec: Quebec Official Publisher.
- Québec (Province). Assemblée nationale. Législature (35e 1re session : 1994-1996)., et Blackburn, J. L. (1995). *Avant-projet de loi : Loi sur l'équité salariale et modifiant certaines dispositions législatives*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Robinson, M. (2001). «The ten commandments of intrapreneurs», *New Zealand Management*, Vol. 48, No. 11, pp.95-98.
- Rundall, T. G., Shortell, S. M., Wang, M. C., Casalino, L., Bodenheimer, T., Gillies, R. R., . . . Robinson, J. C. (2002). *As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations* (Vol. 325).
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 4, 293-316.

- Schot, E., Tummers, L., et Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 332-342.
- Sheard, G., Kakabadse, A. P., et Kakabadse, N. K. (2009). Leadership Teams: Developing and Sustaining High Performance. In: Palgrave Macmillan.
- Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis.[see comment]. *JAMA*. 2006;296(4):427-40.
- Silva., D. d. (2011). Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. The Health Foundation.
- Singh, J. (2005). Collaborative networks as determinants of knowledge diffusion patterns. *Management science*, 51(5), 756-770.
- Singh, D. (2008). Comment *mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?* Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/79219/E93680.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/79219/E93680.pdf)
- Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel: de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29(4), 31-42.
- Statistique Canada. (2013). Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire), CANSIM (base de données) [Fichier de données]. .
- Statistique Canada. (2014). Tableau B65–74 Espérance de vie par sexe, à certains âges, Canada, années de recensement, 1871 à 1971 [Fichier de données]. . Retrieved from (Extrait le 30 juillet 2014 de [www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm)).
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization science*, 16(4), 409-421.
- Tsai, A., Morton, S., Mongione, C., et Keeler, E. (Août 2005). A meta-analysis of interventions to improve Care for chronic illnesses. *The american journal of managed care*, 11, 478-488.
- Vachon, B., Désorcy, B., Camirand, M., Rodrigue, J., Quesnel, L., Guimond, C., ... et Grimshaw, J. (2013). Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC health services research*, 13(1), 1-12.
- van de Bovenkamp, H. M., Trappenburg, M. J., et Grit, K. J. (2010). Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expect*, 13(1), 73-85. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00567.x
- Van der Maren, J.-M. (2008). *ETA 6512 L'analyse des données qualitatives (notes de cours)*. Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal. Montréal.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* 1(1):2-4. .
- Wagner, E. H., Austin, B. T., et Von Korff, M. (1996). Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q*, 4(2), 12-25.

- Wagner, E. H., Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A (2001). «Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action», . *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, p. 64-78.
- Wakkee, I., Elfring, T., & Monaghan, S. (2010). Creating entrepreneurial employees in traditional service sectors. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 6(1), 1-21.
- Walsh, P., Bryson, J. and Lonti, Z. (2002), ‘Jack be Nimble, Jill be Quick’: HR Capability and Organizational Agility in the New Zealand Public and Private Sectors’, *Asia Pacific Journal of Human Resources*, Vol. 40 No. 2, pp. 177-192
- West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A., & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The leadership quarterly*, 14(4-5), 393-410.
- Yin, R. (2001). *Case Study Research: design and methods*, Thousand Oaks, 3. In: CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*: SAGE Publications.
- Zaccaro, S. J., Rittman AL, Marks MA (2001). "Team leadership." *The Leadership Quarterly* 12(4): 451-483
- Zaltman, D. Holbeck (1973). *Communication strategies for change and innovation. Communication in complex organizations: A relational Approach*. USA: Harcourt Brace College Publishers.
- Zammuto, R. F., & O'Connor, E. J. (1992). Gaining advanced manufacturing technologies' benefits: The roles of organization design and culture. *Academy of Management Review*, 17(4), 701-728.

# Annexes

## Annexe 1 – Guide d’entrevue

### Guide d’entretien individuel :

#### Grille d’entrevue semi-dirigée individuelle (professionnel de la santé)

##### Identification

Date :

Numéro de la grille :

### **Introduction**

Bonjour,

Dans le cadre de mes études doctorales à l’UDEM, j’effectue des entretiens afin de savoir comment se déroule la dynamique de la mise en œuvre du modèle de prise en charge des maladies chroniques dans la région de Saint-Jean-sur-Richelieu.

Cet entretien devrait durer entre 1h et 1h15. Les échanges que nous aurons dans le cadre de cet entretien demeureront confidentiels et votre nom n’apparaîtra nulle part dans les résultats d’analyse.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l’entrevue?

Les thèmes suivants seront abordés :

- Élaboration du modèle de prise en charge des maladies chroniques,
- Mise en œuvre du modèle
- Autogestion

M’autorisez-vous à enregistrer notre conversation?

#### **Section 1: Introduction**

- 1) Pouvez-vous m’expliquer votre fonction au sein de l’organisation?

#### **Section 2 : Élaboration du modèle de prise responsable des maladies chroniques**

- 2) Pouvez-vous me décrire les objectifs qui étaient visés par le projet de la mise en place d’un modèle de prise en charge du patient diabétique depuis 2008?

- 3) Quels sont les changements réalisés lors de la mise en œuvre du projet par rapport aux plans initiaux? Pouvez-vous me donner des exemples?
- 4) Est-ce que les changements réalisés suite à la mise en œuvre sont en lien avec les objectifs qui étaient visés? Pouvez-vous me donner des exemples?

### **Section 3 : Mise en œuvre**

- 5) Comment les priorités d'action ont été déterminées en 2008?
- 6) Pouvez-vous me décrire le contexte?
- 7) La réorganisation structurelle et clinique s'est appuyée sur quel modèle?
- 8) Quels sont les principaux groupes d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la clinique des maladies chroniques? (Ex. médecins, gestionnaire, pharmaciens, infirmières, etc.)
- 9) Est-ce que les acteurs sont-ils les mêmes lors de l'élaboration du modèle que lors de la mise en œuvre?
- 10) Pouvez-vous me parler du rôle de chacun de ces acteurs?
- 11) D'après vous, qui sont les acteurs qui ont augmenté en influence depuis la mise en place? De quelles manières? Qui sont les acteurs qui ont diminué en influence? De quelles manières? Pouvez-vous expliquer pourquoi cela aurait changé?
- 12) Avez-vous senti une pression ou un changement des habitudes?
- 13) Quelles sont les raisons derrière la divergence des acteurs vis-à-vis du projet?
- 14) Si on vous demandait quels ont été les principaux défis liés à la mise en œuvre de la clinique des maladies chroniques, que répondriez-vous?
- 15) Si on vous demandait quel est votre opinion basée sur votre expérience dans la mise en œuvre de ce modèle, quelle sera votre réponse?

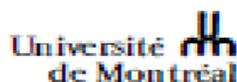
### **Section 4 : Autogestion**

- 16) Quelle a été la place de l'autogestion dans la conception et la mise en œuvre du modèle? La mise en place a-t-elle été pilotée de manière très centrale?
- 17) Comment vous avez fait pour mobiliser les acteurs de la région pour augmenter l'autogestion des patients?
- 18) Quels indicateurs avez-vous mis en place pour faire le suivi de ce changement au niveau des patients?

### **Section 5 : Conclusion**

- 19) Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons de discuter?

Annexe 2- Certificat d’approbation éthique du CERES Premier certificat d’approbation éthique du CERES



N° de certificat  
15-150-CERES-D

Comité d'éthique de la recherche en santé

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

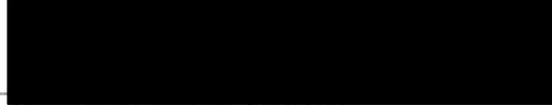
| <b>Projet</b>                         |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Titre du projet</b>                | La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique: Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins   |
| <b>Étudiant requérant</b>             | Moncef Derraji (ND), Candidat au Ph. D. en santé publique (Option organisation des soins), École de santé publique - Département d'administration de la santé |
| <b>Sous la direction de</b>           | Lise Lamothé, professeure titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal                               |
| <b>Financement</b>                    |   |
| <b>Organisme</b>                      | Non financé   |
| <b>Programme</b>                      |   |
| <b>Titre de l'octroi si différent</b> |   |
| <b>Numéro d'octroi</b>                |   |
| <b>Chercheur principal</b>            |   |
| <b>No de compte</b>                   |   |

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi

  
Dominique Langester, Présidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

15 décembre 2015  
Date de délivrance

1er mai 2017  
Date de fin de validité

adresse postale  
C.P. 6126 succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3746 Jean-Jettant  
4<sup>e</sup> étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
c.ers@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

# Annexe 3- Deuxième renouvellement du certificat d'approbation éthique du CERES.



Comité d'éthique de la recherche en santé

N° de certificat  
15-150-CERES-D(2)

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE - 2<sup>ème</sup> renouvellement -

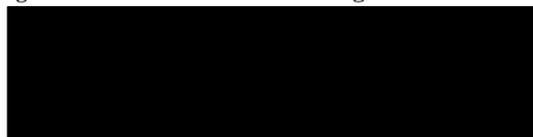
*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

| Projet                      |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Titre du projet</b>      | <b>La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique: Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins</b>   |
| <b>Étudiant requérant</b>   | <b>Monsef Derraji (ND), Candidat au Ph. D. en santé publique (Option organisation des soins), École de santé publique - Département d'administration de la santé</b> |
| <b>Sous la direction de</b> | Lise Lamothe, professeure titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal                                      |

| Financement                           |             |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>Organisme</b>                      | Non financé |
| <b>Programme</b>                      |             |
| <b>Titre de l'octroi si différent</b> |             |
| <b>Numéro d'octroi</b>                |             |
| <b>Chercheur principal</b>            |             |
| <b>No de compte</b>                   |             |

### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.



annuel est minimalement exigé pour maintenir la jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi

Guillaume Paré  
Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

|  |  |
|--|--|
| <b>29 août 2018</b><br>Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission* | <b>1er septembre 2019</b><br>Date du prochain suivi  |
| <b>15 décembre 2015</b><br>Date du certificat initial                            | <b>1er septembre 2019</b><br>Date de fin de validité |

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary  
2e étage, bur. 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

# Annexe 4- Certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne / CISSS de la Montérégie-Centre



Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne/  
CISSS de la Montérégie-Centre

Le 7 avril 2017

Madame Lise Lamothe  
Chercheur principal  
Université de Montréal - Faculté de médecine  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Courriel : lise.lamothe@umontreal.qc.ca

PAR COURRIEL ÉLECTRONIQUE

**OBJET : Projet AA-HCLM-15-049 – La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins. – Renouvellement d'approbation annuelle**

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière ordinaire du 4 avril 2017, à laquelle il y avait quorum, ont recommandé par consensus unanime l'approbation annuelle du projet de recherche susmentionné.

Vous trouverez ci-joint l'extrait du procès-verbal détaillant la décision et les exigences éventuelles du Comité d'éthique de la recherche relativement à cette approbation annuelle.

Dans l'éventualité où le chercheur n'aurait pas répondu dans les 3 mois suivant la date de la dernière approbation éthique annuelle, soit le 16 août 2018, le CER procédera, sans autre préavis, à la fermeture du dossier.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

La vice-présidente du Comité d'éthique de la recherche



Sylvie Lorange, LL.L., D.D.N., M. Sc.

/msc

P.-J.  
c. c. M. Monsef Derraji (monsef.derraji@umontreal.ca)

---

P3\_CER\_ResvoinRELNONS\_CER.D-4 avril 2017(7.18)AA-HCLM-15-049.doc

3120, boul. Taschereau, bureau E-302, Greenfield Park, Québec J4V 2H1  
Téléphone : (450) 466-5000 poste 2564  
Télécopieur : (450) 466-5025  
Courriel : [16\\_ch\\_cl\\_cer-irb@ress16.gouv.qc.ca](mailto:16_ch_cl_cer-irb@ress16.gouv.qc.ca)  
Site Internet : <http://crhclm.ca/bibliothèque-documentation/formulaires/>

---

**EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL D'UNE RÉUNION PLÉNIÈRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE / CISS DE LA MONTRÉGIE-CENTRE, TENUE LE 4 AVRIL 2017, SOUS LA PRÉSIDENTE D'ASSEMBLÉE DE MME SYLVIE LORANGE, À LAQUELLE IL Y AVAIT QU'ORUM.**

---

**PRÉSENTS (ES) :** Mme Sylvie Lorange, vice-présidente et membre du domaine du droit  
Dr Jean-Pierre Melun, vice-président et membre scientifique  
Mme Isabelle Voisine, membre scientifique  
Mme Hélène Guitard, membre scientifique (suppléant)  
Mme Chantal Lavigne, membre en éthique  
Mme Madeleine Gervais, membre représentant du public  
M. André Campagna, membre représentant du public

**ABSENTS (ES) :** Dre Catherine Prady, présidente et membre scientifique  
Dre Maria G. Pietrangelo, vice-présidente et membre scientifique  
M. Charles-Étienne Daniel, membre en éthique (suppléant)  
Mme Marie-Pierre Gravel, membre représentant du public (suppléant)  
Mme Stéphanie Robillard, membre du domaine du droit (suppléant)

## **7. PROJETS EN COURS – APPROBATION ANNUELLE**

**7.18 Projet AA-HCLM-15-049 de Mme Lise Lamothe – La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins.**

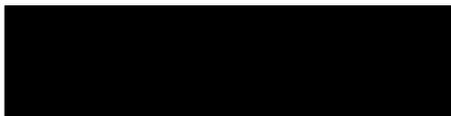
Les membres ont étudié le document suivant :

- Formulaire D – 2017-02-06

Après discussion, il est proposé par Mme Hélène Guitard, appuyé par Mme Madeleine Gervais et résolu à l'unanimité d'adopter le document précité et d'accepter l'approbation annuelle du projet AA-HCLM-15-049 dont la période de validité se termine le 16 mai 2018.

**CERTIFIÉE COPIE CONFORME**  
**À Greenfield Park, ce 7<sup>e</sup> jour d'avril 2017.**

La vice-présidente du Comité d'éthique de la recherche



Sylvie Lorange, LL.L., D.D.N., M. Sc.

/msc

## Annexe 5- Lettre d'entente avec le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-centre

### Lettre d'entente

Pour la réalisation du projet de recherche intitulé *La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins.*

Cette lettre d'entente (l'« Entente ») est intervenue le 26 avril 2016

#### ENTRE

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**, personne morale dûment constituée, ayant son siège au 2900 boul. Édouard-Montpetit, Montréal (Québec), H3T 1J4, représentée par Rachel Charbonneau, directrice – contrats et partenariats, Bureau Recherche – Développement – Valorisation, dûment autorisée aux fins des présentes;  
(ci-après désignée l'« Université »)

#### ET

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE**, personne morale de droit public constituée en vertu de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 2015, chapitre 1 (Loi 10) ayant son siège social au 3120, boulevard Taschereau, bureau E-300, Greenfield Park (Québec) J4V 2H1, représenté par Richard Deschamps, président-directeur général, dûment autorisé aux fins des présentes;

(ci-après désignée le « CISSMC »)

ci-après individuellement appelés une « Partie » et collectivement les « Parties ».

à laquelle interviennent :

**Monsef Derraji**, domicilié et résidant au 54 rue Kieffer Dollard des Ormeaux, H9B 1H8 étudiant inscrit à temps plein au programme de doctorat en santé publique de l'École de santé publique de l'Université de Montréal,

(ci-après appelé l'« Étudiant »)

#### ET

**Lise Lamothe**, domiciliée et résidant au 3904 St-Hubert, Montréal, H2L 4A5, professeure titulaire au Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

(ci-après appelé la « Directrice de recherche »).

---

L'Université, par l'entremise de la Directrice de recherche et de l'Étudiant, (ensemble l'« Équipe de recherche ») ont développé et présenté au CISSSMC le protocole pour le projet de recherche intitulé *La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique : Dynamiques des mise en œuvre d'un modèle de soin*. Ce protocole et toutes versions amendées et acceptées par le Comité d'éthique de la recherche du CISSSMC fait partie intégrante de cette Entente et est présenté à l'Annexe A (ci-après désigné « l'Étude »);

1. Le CISSSMC confirme avoir effectué l'évaluation de la convenance de l'Étude par les personnes autorisées dans son établissement et que l'Étude a été acceptée par les instances du CISSSMC. Le CISSSMC accepte de référer ses patients à l'Équipe de recherche, de donner accès aux dossiers médicaux des patients potentiels, conditionnellement au respect des conditions prévues au protocole à cet égard, et de fournir de l'espace pour les entretiens entre l'Équipe de recherche, et selon les ressources disponibles. Toute modification à cette Entente doit se faire par un document signé par toutes les Parties. Les résultats de l'Étude seront publiés par l'Équipe de recherche et le CISSSMC sera remercié dans les publications. Le CISSSMC pourra recevoir un rapport général sur les résultats de la recherche et/ou une présentation des résultats de la recherche selon les modalités à convenir entre les Parties.
2. Les avis relativement à cette Entente seront effectués par la poste ou par courriel aux coordonnées suivantes:

**Pour l'Université:**

Rachel Charbonneau  
Directrice – contrats et partenariats  
Bureau Recherche – Développement - Valorisation  
Université de Montréal  
3744 rue Jean-Brillant, bureau 6320  
Montréal (Québec), H3T 1P1  
Tél. : 514-343-6111 poste 50718  
Courriel : rachel.charbonneau@umontreal.ca

Avec une copie à la Directrice de recherche.

**Pour la Directrice de recherche:**

Lise Lamothe  
Professeur titulaire  
Vice doyenne aux études  
École de Santé publique  
Université de Montréal

7101 Avenue Du Parc  
Montréal,  
H3N 1X9  
Tél. 514-343-7983  
lise.lamothe@umontreal.ca

**Pour le CISSS:**

M. Richard Deschamps  
Président-directeur général  
CISSS de la Montérégie-Centre  
3120, boulevard Taschereau  
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1  
Tél.: (450) 466-5000  
Nº de télécopieur: (450) 466-5025  
[cr-info@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:cr-info@rrsss16.gouv.qc.ca)

Cette Entente peut être signée en plusieurs contreparties, et chacune d'entre elle peut être transmise par facsimilé ou fichier pdf. Chaque contrepartie constituera un original, et ensemble, constitueront un seul et même instrument.

*Les signatures des parties se trouvent sur la page suivante.*

EN FOI DE QUOI, les Parties ont signé:

**Organisation**

Signature 

Rachel Charbonneau  
Directrice – contrats et partenariats  
BRDV

Date 24 avril 2016  
(jour / mois / année)

*Intervient à cette Entente:*

Signature 

Lise Lamothe  
Directrice de recherche

Date : 17 avril 2016 \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

Signature 

Monsef Derraji  
Étudiant au doctorat, ÉSPUM

Date : 17 avril 2016 \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

---

**Centre intégré de santé et de services  
sociaux de la Montérégie-Centre**

Signature   
Richard Deschamps  
Président-directeur général

Date 26-04-2016  
(jour / mois / année)



## Annexe 6- Formulaire d'information et de consentement.



École de santé publique  
Département d'administration de la santé

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(POUR PROFESSIONNELS ET ADMINISTRATEURS)

- 1. Titre de l'étude:** La prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique :  
Dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins.

**Etudiant-chercheur:** **Monsef Derraji**  
Candidat au Ph.D en santé publique  
École de santé publique – Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal



**Directeur de recherche:** **Lise Lamothe**  
Professeure titulaire  
École de santé publique – Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal



**Ce projet ne bénéficie pas de financement.**

- 2. Description du projet :**

**Cher participant,**

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche, Il s'agit d'une recherche dont l'objectif général est de comprendre et analyser les dynamiques associées à la mise en place d'un modèle organisationnel qui permet une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. L'objectif secondaire est de porter une attention particulière aux mécanismes professionnels et organisationnels qui favorisent l'autogestion de la maladie afin de mieux

comprendre sa contribution dans le processus et les résultats de soins et comment elle contribue à la réussite du modèle en place.

Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre connaissance des informations suivantes.

### **3. Participation à la recherche**

Dans cette étude de cas comparative, nous allons étudier les dynamiques associées à la mise en place d'un modèle organisationnel qui permet une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques dans la région de Saint-Jean-sur-Richelieu.

Si vous acceptez de participer à ma recherche, votre participation consiste soit à m'accorder :

- Une entrevue afin de savoir comment s'est déroulée la dynamique de la mise en œuvre du modèle de prise en charge des maladies chroniques dans la région de Saint-Jean-sur-Richelieu. Cet entretien devrait durer entre 1h et 1h15. Les thèmes suivants seront abordés :
  - ✓ Élaboration du modèle de prise en charge des maladies chroniques,
  - ✓ Mise en œuvre du modèle
  - ✓ Autogestion
- Ou assister à une entrevue de groupe (communauté de pratique), nous prévoyons assister à une rencontre ou deux avec les professionnels et gestionnaires de la communauté de pratique à Saint-Jean-sur-Richelieu. Cette entrevue de groupe d'une durée d'une heure avec les professionnels et administrateurs du CAIMC est envisagée afin de valider et de recueillir de l'information additionnelle une fois que nous aurons rencontré l'ensemble des intervenants impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre du modèle

Avec votre permission, je vais vous enregistrer et je vais aussi prendre des notes durant l'entrevue. L'enregistrement sera transcrit et analysé.

Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés selon vos disponibilités et au lieu de votre choix.

### **4. Avantages et Bénéfices**

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à l'avancement général des connaissances disponibles sur la prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique et les dynamiques de mise en œuvre d'un modèle de soins.

### **5. Risques et inconvénients**

Le temps consacré à l'étude sera le principal inconvénient. Cependant, certaines questions d'entrevue au sujet des relations hiérarchiques et la culture organisationnelle pourraient être difficiles ou complexes pour certains participants. Des précautions seront prises pour formuler les questions d'une manière qui minimise ce risque.

## 6. Confidentialité, protection et conservation des données

Les informations recueillies lors de cette étude demeureront confidentielles dans des locaux sécurisés en tout temps et vos données seront traitées confidentiellement. Seuls les chercheurs auront accès aux données de l'étude et toutes les réponses que vous donnerez demeureront confidentielles. Elles seront codées et la clé du code sera gardée par le chercheur.

Selon les règles en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées pendant 5 ans après la fin du projet. Les enregistrements seront détruits après la transcription de l'entrevue sous forme de verbatim.

Les résultats de la recherche seront publiés sous forme d'un document de recherche et peuvent être publiés dans des publications scientifiques.

**Lors des groupes de discussion**, la confidentialité des échanges dépend de l'engagement réciproque des participants présents à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre.

## 7. Compensation

Vous ne serez pas compensé pour avoir participé à cette étude.

## 8. Participation volontaire et droit de retrait

**Participation à la recherche est entièrement volontaire.** Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec le chercheur au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données ou votre matériel des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées. Si vous acceptez de participer **aux entrevues de groupe**, sachez que vous ne pourrez plus vous retirer.

La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'aura pas de conséquence sur votre dossier d'employé ou sur les soins reçus pour les patients.

## 9. Questions

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant

votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) à l'adresse [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604 ou consulter le site <http://recherche.umontreal.ca/participants>

« Le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Charles-Le Moyon / CISSS de la Montérégie-Centre a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire de consentement. Si vous désirez rejoindre ce comité vous pouvez communiquer avec son secrétariat au numéro 450 466-5000, poste 2564 »

## 10. Plaintes

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. De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant (e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Montérégie-Centre au 450 466-5434.

## 11. L'énoncé de consentement

### Déclaration du participant :

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche. Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

---

Prénom et nom du participant  
(Caractères d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

---

## 12. Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au

présent formulaire d'information et de consentement.

---

Prénom et nom du chercheur (caractère d'imprimerie)

---

Signature du chercheur

---

Date

## **Annexe 7 : Articles de loi<sup>22</sup> pertinents au développement du projet clinique du réseau local de services**

### **CHAPITRE I.1 : RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET INSTANCE LOCALE**

#### **Définition.**

99.2. Aux fins de la présente loi, on entend par « réseau local de services de santé et de services sociaux » tout réseau mis en place conformément à un décret du gouvernement pris en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (chapitre A8.1) de même qu'un nouveau réseau mis en place conformément à un décret pris en vertu de l'article 347. 2005, c. 32, a. 48.

#### **Objectif.**

99.3. La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. 2005, c. 32, a. 48.

#### **Coordination.**

99.4. La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multi-vocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Instance locale. Seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux ». 2005, c. 32, a. 48.

#### **Projet clinique et organisationnel.**

99.5. L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

1. Les besoins sociaux sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;

---

<sup>22</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q., c.S-4.2

2. Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
3. L'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
4. Les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

#### **Conformité.**

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

#### **Mobilisation.**

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation. 2005, c. 32, a. 48.

#### **Services offerts.**

99.6. Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, une instance locale doit offrir: 1° des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de

diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement; 2° certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles. 2005, c. 32, a. 48.

#### **Coordination des services.**

99.7. Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit:

1. Définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;
2. Instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;
3. Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;
4. Créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité:

- a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;
- b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;
- c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services, lorsqu'approprié. 2005, c. 32, a. 48.

#### **Information et consultation.**

99.8. Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. 2005, c. 32, a. 48.

## **CHAPITRE II : FONCTIONS**

#### **Services offerts.**

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des

groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations. 1991, c. 42, a. 100; 2002, c. 71, a. 5; 2005, c. 32, a. 49.

#### **Responsabilité de l'établissement.**

**101.** L'établissement doit notamment:

- 1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
- 2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;
- 3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;

4° diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services. 1991, c. 42, a. 101.

#### **Plan d'intervention.**

**102.** Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. 1991, c. 42, a. 102.

#### **Plan de services individualisé.**

**103.** Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer

le plus tôt possible un plan de services individualisé. 1991, c. 42, a. 103.

#### **Collaboration de l'usager.**

**104.** Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que le prévoit l'article 10. Échéancier. Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles. 1991, c. 42, a. 104.

#### **Services disponibles.**

**105.** L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles. Paramètres. L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de l'agence. 1991, c. 42, a. 105; 1998, c. 39, a. 37; 2005, c. 32, a. 51.

#### **Contribution de l'établissement.**

**105.1.** Tout établissement, autre qu'une instance locale, doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une

instance locale et préciser à l'agence concernée l'offre de services qu'il rend disponible au palier local, régional ou suprarégional. Ententes avec l'instance locale. Un tel établissement doit également conclure avec l'instance locale, à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau

local de services de santé et de services sociaux.

**Défaut.**

À défaut d'entente à l'intérieur des délais déterminés par l'agence, celle-ci précise la contribution attendue de chacun des établissements. 2005, c. 32, a. 52.

## Annexe 8 : Démarche de réalisation du projet clinique

prévenir  
guérir  
soutenir

Figure 1 : Démarche de réalisation du projet clinique



## Annexe 9 : Grille d'enseignement – Infirmière

| ENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION PRIORITAIRE (JOUR 1)   |   |       |           |   |     |           |
|--|---|-------|-----------|---|-----|-----------|
| ENSEIGNEMENT   | Enseignement (E) Pratique (P)<br>Document d'information (D) |       |           | Évaluation des apprentissages<br>(Acquis ou non-acquis) |     |           |
|  | Date  | E/P/D | Initiales | Date  | A/N | Initiales |
| <b>Généralités sur le diabète</b>  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Définition, causes et symptômes  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Types de diabète   |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Importance du traitement   |   |       |           |   |     |           |
| <b>Autocontrôle</b>  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Glycémies capillaires (auto-piqueur/lecteur de glycémie)                                 |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Résultats souhaitables   |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Carnet d'auto-surveillance   |   |       |           |   |     |           |
| <b>Médication</b>  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Liste récente de la pharmacie d'officine<br>( < 3 mois)                                  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Allergie(s) médicamenteuse(s)  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Connaissance des antidiabétiques oraux (rôle,<br>sortes et effets secondaires)           |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Connaissance de l'insuline (rôle, source, sortes,<br>conservation et effets secondaires) |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Utilisation de dosette/dispill au besoin   |   |       |           |   |     |           |
| <b>Injection d'insuline ou autres</b>  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Indique quand prendre l'insuline ou autres   |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Préparation autonome de l'insuline ou autres   |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Technique d'injection (seringue, stylo)  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Sites d'injection et rotation  |   |       |           |   |     |           |
| ✎ Identification (Medic-Alert)   |   |       |           |   |     |           |

|   |  |                      |  |                      |                      |                      |
|---|--|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Nutrition</b>  |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Poids et taille   |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Vérification des habitudes alimentaires,<br>l'appétit et la consommation d'alcool |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Remettre la feuille « En attendant la nutritionniste »                            |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Référence nutritionniste  |  | //////////////////// |  | //////////////////// | //////////////////// | //////////////////// |
| <b>Hypoglycémie</b>   |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Symptômes   |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Prévention et traitement de l'hypoglycémie  |  |                      |  |                      |                      |                      |
| <b>Hyperglycémie</b>  |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Symptômes   |  |                      |  |                      |                      |                      |
| ✎ Prévention et traitement de l'hyperglycémie et<br>de l'acidocétose                |  |                      |  |                      |                      |                      |

| ENSEIGNEMENT  | Enseignement (E) Pratique (P)<br>Document d'information (D) |       |           | Evaluation des apprentissages<br>(Acquis ou non-acquis) |     |           |
|---|---|-------|-----------|---|-----|-----------|
|   | Date  | E/P/D | Initiales | Date  | A/N | Initiales |
| <b>Activités/repos</b>  |   |       |           |   |     |           |
| Évaluation sommaire des AVQ/AVD   |   |       |           |   |     |           |
| Évaluation des connaissances/mythes au niveau de la sexualité (références au besoin)                    |   |       |           |   |     |           |
| Évaluation du sommeil<br>Connaissance de l'activité physique reliées à sa condition                     |   |       |           |   |     |           |
| <b>Complications chroniques</b>   |   |       |           |   |     |           |
| Consommation de cigarettes et stupéfiants   |   |       |           |   |     |           |
| Connaissance du patient au sujet des complications à long terme   |   |       |           |   |     |           |
| <b>Hygiène de vie</b>   |   |       |           |   |     |           |
| Connaissance sur les saines habitudes de vie à adopter incluant le risque d'infections                  |   |       |           |   |     |           |
| Examen physique et hygiène buccale  |   |       |           |   |     |           |
| Examen physique et soins de la peau<br>Examen physique et soins des pieds (Annexe 1)                    |   |       |           |   |     |           |
| <b>Situations particulières</b>   |   |       |           |   |     |           |
| Jours de maladie<br>Repas à l'extérieur, occasions spéciales<br>Voyages                                 |   |       |           |   |     |           |
| <b>Grossesse chez la mère diabétique</b>  |   |       |           |   |     |           |
| ✍ Prévention des risques pour la mère et le bébé  |   |       |           |   |     |           |
| ✍ Glycémies capillaires ciblées   |   |       |           |   |     |           |
| <b>Ressources disponibles</b>   |   |       |           |   |     |           |
| ✍ Aspects socio-économiques   |   |       |           |   |     |           |
| ✍ Ligne info-santé  |   |       |           |   |     |           |
| ✍ Remettre le document « Liberté diabète »<br>Diabète-Québec et Groupe d'entraide                       |   |       |           |   |     |           |
| Suggestions de références : ARH, ophtalmologiste<br>optométriste, médecin, podiatre, clinique de plaies |   |       |           |   |     |           |

## Annexe 10 : Grille d'enseignement - Nutrition

| <b>DIABÈTE</b> <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> <b>Type 1</b><br><input type="checkbox"/> Connu <input type="checkbox"/> <b>Type 2</b> |   |       |           |   |     |           |
|---|---|-------|-----------|---|-----|-----------|
| <b>TRAITEMENT</b> <input type="checkbox"/> Antidiabétiques oraux    _____<br><input type="checkbox"/> Insuline                        _____                     |   |       |           |   |     |           |
| ENSEIGNEMENT  | Enseignement (E) Pratique (P)<br>Document d'information (D) |       |           | Évaluation apprentissages<br>(Acquis ou non-acquis) |     |           |
|   | Date  | E/P/D | Initiales | Date  | A/N | Initiales |
| Guide alimentaire canadien  |   |       |           |   |     |           |
| Notions de base en alimentation   |   |       |           |   |     |           |
| Poids santé   |   |       |           |   |     |           |
| Diète limitée en sucres concentrées   |   |       |           |   |     |           |
| Choix d'aliments sucrés<br>Version simplifiée   |   |       |           |   |     |           |
| Choix d'aliments sucrés<br>Version détaillée  |   |       |           |   |     |           |
| Décompte des glucides   |   |       |           |   |     |           |
| Étiquetage nutritionnel   |   |       |           |   |     |           |
| Substituts du sucre   |   |       |           |   |     |           |
| Aliments diététiques  |   |       |           |   |     |           |
| Modification de recettes  |   |       |           |   |     |           |
| Suggestion de livres  |   |       |           |   |     |           |
| Consommation d'alcool   |   |       |           |   |     |           |
| Repas à l'extérieur   |   |       |           |   |     |           |
| Voyages   |   |       |           |   |     |           |
| Exercices physiques   |   |       |           |   |     |           |
| Jours de maladies   |   |       |           |   |     |           |
| Autres :  |   |       |           |   |     |           |
|   |   |       |           |   |     |           |

## **Annexe 11 : liste des membres du sous-groupe de travail**

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Madame Anne Smith          | ASSSM-DGIC (depuis janvier 2010)    |
| Docteur Alain Messier      | ASSSM-DSP                           |
| Madame Danielle Dufresne   | CSSS Pierre-Boucher                 |
| Madame Denise Bettez       | ASSSM-DGACPR                        |
| Monsieur Gérard Fortin     | CSSS Jardins-Roussillon             |
| Madame Josée Bourdeau      | CSSS de Vaudreuil-Soulanges         |
| Madame Liliane Thystere    | ASSSM-DGACPR                        |
| Madame Lyne Daoust         | CSSS du Suroit                      |
| Madame Lyne Tremblay       | Hôpital Charles-LeMoyne             |
| Docteure Michelle Lecompte | CSSS du Suroit                      |
| Madame Mireille Gaudreau   | ASSSM -DGIC (jusqu'à décembre 2009) |
| Madame Nancy Beaulieu      | CSSS la Pommeraie                   |
| Madame Nicole St-Georges   | CSSS Pierre-Boucher                 |
| Madame Odette G Morin      | CSSS de la Haute-Yamaska            |
| Madame Patricia Reid       | CSSS du Haut-Saint-Laurent          |
| Docteur Serge Goulet       | Hôpital Charles-LeMoyne             |
| Docteur Stéphane Groulx    | ASSSM-DSP                           |
| Madame Sylvie Provost      | CSSS de Richelieu-Yamaska           |

## Annexe 12 : Constats du groupe de travail

| <b>Offre de services dans les établissements</b>  |  |
|---|--|
| Centre d'enseignement du diabète (CED)            | Les 12 établissements de la région ont un CED<br>Couverture : 12/12  |
| Composition de l'équipe du CED                    | Réponses (R) : 12/12<br>Infirmière <sup>23</sup><br>Nutritionniste temps partiel ou plein<br>Kinésiologue (3/12)   |
| Critères d'admission                              | R : 12/12<br>Diabétique de Novo et moins d'un an<br>Pré diabétique +diabète<br>Syndrome métabolique +diabète<br>Tout diabétique<br>Les diabètes de grossesse sont exclus dans la plupart des cas.                  |
| <b>Pratiques cliniques préventives effectuées</b> |  |
| Counselling antitabagique                         | R : 9/12 Professionnels impliqués :<br>Infirmière<br>GMF , médecin en GMF (6/9)<br>Services courants et SAD (6/9)<br>Médecin en cabinet (5/9)  |
| Counselling activité physique                     | R : 9\12 Professionnels impliqués :<br>Infirmière (8/9)<br>Infirmière GMF , médecin en GMF (6/9)<br>Médecin en cabinet (5/9)<br>Kinésiologue (3/9)<br>Nutritionniste (3/9)   |
| Counselling nutritionnel individuel               | R : 12\12<br>Professionnels impliqués principalement<br>Nutritionniste (12/12)<br>CSSS services courants SAD (4/12)<br>Infirmière (3/12)   |
| Counselling nutritionnel en groupe                | R : 12/12 Professionnels impliqués :<br>Nutritionniste (12/12)   |
| Suivi psychologique                               | R : 7/12 Professionnels impliqués :<br>Infirmière (2/12)<br>Travailleuse sociale (1/12)<br>Psychologue (4/12)<br>Médecin interniste ou endocrinologue (3/12)<br>Médecin en cabinet (2/12)<br>Médecin en GMF (1/12) |

<sup>23</sup> Sauf indication contraire, il est question de l'infirmière œuvrant au centre d'enseignement du diabète.

| <b>Mécanismes de suivi et de référence</b>           |   |
|--|---|
| Suivi téléphonique post enseignement                 | Professionnels impliqués<br>1. Infirmière (12/12)<br>2. Nutritionniste (6/12)   |
| Système de rappel                                    | Professionnels impliqués<br>1. Infirmière (7/12)<br>2. Nutritionniste (5/12)  |
| Transmission du rapport sommaire au médecin traitant | Professionnels impliqués<br>1. Infirmière (9/12)<br>2. Nutritionniste (7/12)<br>3. Endocrinologue ou interniste (2/12)<br>4. Suite à l'hospitalisation (4/12)                                       |
| Référence à l'ophtalmologiste                        | Professionnels impliqués<br>1. Infirmière (3/12)<br>2. Médecin interniste ou endocrinologue (5/12)<br>3. Médecin GMF (6/12)<br>4. Médecin en cabinet (5/12)<br>5. Lors d'une hospitalisation (4/12) |
| Référence aux organismes communautaires              | Mission CLSC via les intervenants du CED ou du SAD  |