

Université de Montréal

**Déconstruction et reconstruction des communautés de
pratique dans les organisations de santé professionnelles
Le cas des fusions d'hôpitaux universitaires**

par

Patricia Carlier

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (PH. D)
en Santé publique

Option : Gestion des services de santé

Février, 2009

© Patricia Carlier, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Déconstruction et reconstruction des communautés de pratique dans les organisations
de santé professionnelles : Le cas des fusions d'hôpitaux universitaires

présentée par :
Patricia Carlier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Pascale Pomey, président-rapporteur
Jean-Louis Denis, directeur de recherche
Lise Lamothe, co-directrice
Ann Langley, membre du jury
Stéphanie Gagnon, examinateur externe
Raynald Pineault, représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette étude qui s'inscrit dans la perspective de l'action située, vise à comprendre le phénomène de (re)construction des communautés de pratique (CoPs) en contexte de fusion hospitalière. La recherche repose sur un devis d'étude de cas longitudinale qui combine plusieurs sources de données : documentaires, d'entretiens semi-directifs et d'observations de terrain. La stratégie d'analyse combine deux méthodes : l'une processuelle, permettant un ordonnancement temporel de récits d'événements et d'activités qui ont contribué à situer l'action dans le temps; l'autre selon l'approche de la théorisation ancrée, a permis la comparaison des données par leur regroupement systématique en catégories et sous catégories, tout au long de la collecte des données.

La démarche de recherche processuelle adoptée, nous a conduit à révéler la dynamique de construction d'une communauté de pratique (CoP) à partir des caractéristiques inter reliées, identifiées dans la littérature et qui font référence à un *engagement mutuel*, une *entreprise commune* et un *répertoire partagé*. Ainsi, nos analyses montrent que le *domaine d'action* qui vient délimiter les points de convergence des participants, constitue le dénominateur commun de la *pratique* de la communauté qui met à jour des savoirs tacites et explicites qui s'échangent et se développent dans le temps. Cette *pratique partagée*, éminemment sociale, génère des connaissances et des règles négociées et entretenues par les membres dans le cadre de leurs rencontres.

Nos analyses révèlent également que le processus d'évolution d'une communauté de pratique, s'inscrit dans une trajectoire d'apprentissages continue où se combinent de façon dynamique, des temps de participation intense, propices à la construction progressive d'une compréhension commune et négociée du domaine d'action (participation) et des temps de mise en forme de ces représentations (réification). Ici, la dialectique participation/réification qui se donne à voir, révèle un véritable travail d'organisation où la construction du sens à donner à l'action s'instruit à l'aune d'une régulation sociale omniprésente. Toutefois, le résultat de la régulation sociale, n'implique pas *de facto*, la rencontre d'une régulation conjointe. Plutôt, nos résultats

mettent à jour un ensemble de régulations, tantôt concurrentes, tantôt en équilibre en regard du contexte dans lequel sont placés les acteurs.

Enfin, nos résultats sur la dynamique de (re)construction des communautés de pratique en contexte de fusion, permettent d'appréhender le changement organisationnel non plus sous ses seuls aspects stratégiques et en direction des équipes dirigeantes, mais également sous l'angle des capacités d'acteurs « ordinaires » à l'initier dans une perspective continue et située.

Mots clés : fusion; communautés de pratique; régulation sociale; changement continu; apprentissage situé.

Abstract

This study, which draws on the situated action approach, aims to understand the (re)construction of communities of practice (CoPs) in the context of a hospital merger. Combining documentary sources, semi-open ended interviews and observations data, the analysis strategy is twofold. A first method takes into account the merging process itself and the situation of action in time and place. A second method is guided by grounded theory as data are continuously categorized and compared throughout the data collection phase.

Within this perspective, where the notion of process is a key figure, we have identified, in link with current literature, interrelated characteristics, such as mutual engagement, a joint enterprise, shared repertoire that intervene in the reconstruction of a community of practice (CoP). Our analysis points to the action domain as the common denominator of community practices, domain where tacit and explicit knowledge tend to converge in time. This shared practice, eminently social in nature, generates knowledge and negotiated rules that are upheld by its members within the framework of their meetings.

This perspective has also brought forth how communities of practice take shape within processes of continuous learning that combine phases of intense participation that favor a shared understand of the action domain and the reification of their representations. In this specific study, the participation/reification dialectic reveals a “making sense” process where meaning of action and social regulation are intricately linked. Nevertheless, the resulting social regulation does not *de facto*, imply the encounter of a shared regulation. Rather, our results reveal an ensemble of regulations, sometimes concurrent, sometimes in equilibrium, in relation of the context within actors are situated.

These findings on the dynamics of the reconstruction of communities of practice offer a new way of thinking changes within organizations such as the hospital, not only in

respect to strategic dimensions and changes amongst team leaders but also in taking into account the lay actors and their capacities of thinking and acting out change.

Keywords : merger; communities of practice; social regulation; continuous change; situated learning and knowledge.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : MISE EN CONTEXTE ET PROBLÈME DE RECHERCHE	6
I.1 – LES PREMIERES ETUDES DES FUSIONS HOSPITALIERES	6
I.2 – OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE.....	9
CHAPITRE II : ÉTAT DES CONNAISSANCES	11
II.1 – UNE APPROCHE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL PAR L’ APPRENTISSAGE SITUÉ	11
II.1.1 – <i>Principes théoriques du construit de communauté de pratique</i>	13
II.1.2 – <i>Les composantes structurantes du modèle de communauté de pratique</i>	15
II.1.2.1 – Le concept de pratique	16
II.1.2.2 – Le concept de communauté	18
II.1.2.2.1 – L’engagement mutuel	18
II.1.2.2.2 – Une entreprise commune.....	19
II.1.2.2.3 – Un répertoire partagé.....	19
II.1.2.3 – Le concept d’apprentissage	20
II.1.3 – <i>Les limites du modèle théorique de communauté de pratique</i>	22
II.2 – LA RÉGULATION SOCIALE : UN PRINCIPE ORGANISATEUR POUR LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE	26
II.2.1 – <i>L’activité de régulation : une variabilité de règles en concurrence</i>	27
II.2.2 – <i>Les règles en question</i>	28
CHAPITRE III : CHARPENTE CONCEPTUELLE	31
CHAPITRE IV : STRATÉGIE DE RECHERCHE	35
IV.1 – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	35
IV.2 – LA COLLECTE DES DONNÉES	36
IV.2.1 – <i>Prise de connaissance du terrain et sélection des cas</i>	36
IV.2.2 – <i>Les sources de données</i>	39
IV.2.2.1 – L’analyse documentaire	40
IV.2.2.2 – Les entrevues	40
IV.2.2.3 – Les observations	42
IV.3 – CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE	43
IV.3. 1 – <i>La première phase de la recherche</i>	43
IV.3. 2 – <i>La deuxième phase de la recherche</i>	44
IV.4 – L’ANALYSE DES DONNÉES	48

IV.4.1 – Démarche d'analyse	48
IV.5 – CRITÈRES DE VALIDITÉ DE LA RECHERCHE	50
IV.6 – CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	52
IV.7 – LE CHOIX DES CAS	53
CHAPITRE V : LE CAS DE LA GÉRIATRIE.....	56
V.1 – LA GÉRIATRIE PRÉ-FUSION : MISE EN CONTEXTE.....	57
V.2 – REORGANISATION DU SERVICE DE GERIATRIE DU CHU ^A : CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS... 61	
V.2.1 – Tensions autour de la nomination du chef de service de gériatrie CHU ^A	61
V.2.2 – Le protocole d'entente du CHU ^A : Une fenêtre d'opportunité pour le chef clinique.....	63
V.2.3 – La fusion des UCDG des hôpitaux A et C.....	65
V.3 – LE MODELE DE SOIN GERIATRIQUE : UN CATALYSEUR POUR LE DEVELOPPEMENT D'UNE COMMUNAUTE DE PRATIQUE	69
V.3.1 – Caractéristiques du soin gériatrique à C.....	69
V.4 – ÉMERGENCE ET DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	74
V.4.1 – Les potentialités à l'émergence d'une communauté de pratique	74
V.4.1.1 – Une volonté commune de réviser le modèle d'organisation des soins existant	74
V.4.1.2 – L'interdisciplinarité : un modèle structurant pour la communauté en construction	76
V.4.2 – L'unification des membres	78
V.4.2.1 – Un apprentissage social régulé	78
V.4.2.2 – Des compétences et connaissances à acquérir	79
V.4.3 – La maturité de la CoP.....	83
V.4.3.1 – Un exercice de concentration sur la connaissance produite	83
V.4.4 – L'élan de la communauté de pratique	85
V.4.5 – L'état de transformation ?.....	86
V.4.6 – La démarche d'agrément	89
V.4.6.1 – Composition et organisation du groupe de travail	90
V.4.6.2 – Structuration de la dynamique de groupe	91
V.4.6.3 – La visibilité de la CoP à l'intérieur du comité interprofessionnel central	92
V.4.6.4 – Une nouvelle forme de coopération interstitielle : l'élargissement de la CoP d'origine.....	95
V.5 – CONCLUSION ET SYNTHÈSE DU CAS	99
CHAPITRE VI : LE CAS DU SECTEUR MÈRE-ENFANT.....	103
VI.1 – LE SECTEUR MÈRE-ENFANT PRÉ-FUSION : MISE EN CONTEXTE.....	103
VI.2 – LA REORGANISATION DU SECTEUR MÈRE-ENFANT DU CHU ^A : CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS.....	107
VI.2.1 – Le secteur Mère-Enfant du CHU ^A sur l'échiquier provincial et régional.....	108
VI.2.2 – La fusion des secteurs Mère-Enfant des hôpitaux B et C.....	112
VI.3 – L'INTÉGRATION DES ACTIVITÉS DU SECTEUR MÈRE-ENFANT : 1 ^E PÉRIODE.....	113

<i>VI.3.1 – Le transfert des activités d’obstétrique de B à C</i>	113
<i>VI.3.2 – L’urgence à harmoniser les modèles de pratique</i>	118
VI.4 – L’INTÉGRATION DES ACTIVITÉS DU SECTEUR MÈRE-ENFANT : 2 ^{ÈME} PÉRIODE	127
<i>VI.4.1 – Le nouveau projet de soins intégrés mère-enfant : une fusion dans la fusion</i>	127
VI.5 – LE COMITÉ D’AMÉLIORATION CONTINUE : UNE CoP PRÉEXISTANTE AU PROJET DE FUSION ...	131
<i>VI.5.1 – L’unification des membres</i>	133
VI.5.1.1 – Un apprentissage social fortement régulé.....	136
VI.5.1.2 – L’engagement mutuel autour d’une pratique de soins intégrés mère-enfant	140
VI.5.1.3 – Structuration autour des rôles et responsabilités.....	141
<i>VI.5.2 – La maturité de la CoP</i>	146
VI.5.2.1 – La concentration autour du développement et de l’implantation des nouveaux services et programmes.....	146
<i>VI.5.3 – L’élan de la communauté de pratique</i>	154
VI.6 – CONCLUSION ET SYNTHÈSE DU CAS	158
CHAPITRE VII : ANALYSE INTER-CAS	164
VII.1 – CARACTÉRISTIQUES DÉTERMINANTES DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE	165
<i>VII.1.1 – Un engagement mutuel</i>	166
<i>VII.1.2 – L’entreprise commune</i>	167
<i>VII.1.3 – La construction d’un répertoire partagé</i>	168
VII.2 – LES FORMES DE COLLABORATION ÉTUDIÉES SONT-ELLES DES CoPs ?	169
VII.3 – LE DÉVELOPPEMENT DES CoPs : UN PROCESSUS INCRÉMENTAL ET DUAL DE PARTICIPATION/RÉIFICATION	171
<i>VII.3.1 – Explicitation de la modélisation dynamique d’une CoP</i>	172
VII.4 – LA RÉGULATION SOCIALE AU CŒUR DE LA PRATIQUE DES CoPs	177
<i>VII.4.1 – Les règles du jeu de l’intégration planifiée</i>	178
VII.4.1.1 – Légimité et concurrence de régulations dans l’intégration planifiée de l’obstétrique	179
VII.4.1.2 – Légimité et concurrence de régulations dans l’intégration planifiée de la gériatrie	182
<i>VII.4.2 – Les règles du jeu de l’intégration émergente à la fusion</i>	186
VII.4.2.1 – Un passage obligé par la crise.....	187
VII.4.2.2 – L’apprentissage à la régulation au cœur de la dynamique participation/réification des CoPs	188
VII.4.2.2.1 – Un apprentissage marqué par le contexte institutionnel.....	188
VII.4.2.2.2 – Régulation autour du « rôle attribué » et du « rôle construit ».....	191
VII.4.2.2.3 – Communautés de pratique et pouvoir	192
VII.5 – MODÈLE CONCEPTUEL RÉVISÉ.....	198
<i>VII.5.1 – Connaissances et savoirs faire</i>	198
<i>VII.5.2 – L’apprentissage</i>	198
<i>VII.5.3 – Le changement</i>	199

CHAPITRE VIII : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION	202
VIII.1 – LA DYNAMIQUE DE CONSTRUCTION DES CoPs.....	203
<i>VIII.1.1 – Les caractéristiques d’une CoP</i>	<i>203</i>
<i>VIII.1.2 – La dynamique d’évolution d’une CoP.....</i>	<i>207</i>
<i>VIII.1.3 – La régulation : un principe pour l’échange social des communautés.....</i>	<i>209</i>
VIII.2 – LES CoPs : QUEL APPORT POUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ?.....	212
<i>VIII.2.1 – La centralité des acteurs</i>	<i>214</i>
<i>VIII.2.2 – Perspectives pour la gestion organisationnelle.....</i>	<i>215</i>
VIII.3 – INTERETS ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	218
VIII.4 – CONCLUSION.....	219
BIBLIOGRAPHIE	221
ANNEXE I – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	I
ANNEXE II – ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ.....	IV
ANNEXE III – GRILLE D’ENTRETIEN SERVICE DE GÉRIATRIE.....	VI
ANNEXE IV – GRILLE D’ENTRETIEN SECTEUR MÈRE-ENFANT.....	IX

Liste des tableaux

TABLEAU I : MODÈLE STRUCTURANT DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE D'APRÈS WENGER, MACDERMOTT ET SNYDER, 2002.....	25
TABLEAU II : CALENDRIER DES ENTREVUES ET POSITION DES INFORMATEURS – PHASE EXPLORATOIRE	37
TABLEAU III : CHOIX INITIAL DES UNITÉS À L'ÉTUDE AU COURS DE LA PHASE EXPLORATOIRE - CHUA 2002	38
TABLEAU IV : SYNTHÈSE DES THÈMES ABORDÉS AU COURS DES ENTREVUES	41
TABLEAU V : RÉCAPITULATIF DE LA DÉMARCHE DE COLLECTE DES DONNÉES RÉALISÉE ENTRE 2002-2005	47
TABLEAU VI : CANEVAS DE LA PROCÉDURE D'ANALYSE DES DONNÉES INSPIRÉ DU MODÈLE D'HUBERMAN & MILES (1991)	48
TABLEAU VII : PARTICULARITÉS DES 3 UCDG AU MOMENT DE L'ENTENTE DE FUSION EN 1996	60
TABLEAU VIII : PARTICULARITÉS DES DEUX SECTEURS MÈRE-ENFANT AU MOMENT DE L'ENTENTE DE FUSION EN 1996.....	107
TABLEAU IX: FORCES ET FAIBLESSES DU SECTEUR MÈRE-ENFANT EN REGARD DE L'ULTRA SPÉCIALISATION	111
TABLEAU X : TYPES DE PROBLÈMES ET LEURS CARACTÉRISTIQUES EXPRIMÉS PAR LES SOIGNANT-E-S	120
TABLEAU XI : PROBLÉMATIQUES PROPRES AUX INFIRMIÈRES AUXILIAIRES.....	121
TABLEAU XII : CHRONOLOGIE DE L'ÉPISODE DE SOINS INTÉGRÉS MÈRE-ENFANT	129
TABLEAU XIII : OBJECTIFS ADMINISTRATIFS ET TABLEAU DE BORD DÉFINIS PAR LE CAC DU SECTEUR MÈRE-ENFANT	147
TABLEAU XIV : OBJECTIFS CLINIQUES ET TABLEAU DE BORD DÉFINIS PAR LE CAC DU SECTEUR MÈRE-ENFANT	148
TABLEAU XV : OBJECTIFS DE RAYONNEMENT ET TABLEAU DE BORD DÉFINIS PAR LE CAC DU SECTEUR MÈRE-ENFANT	149
TABLEAU XVI : DIMENSIONS DE LA PARTICIPATION/RÉIFICATION DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA CoP DE GÉRIATRIE	175
TABLEAU XVII : DIMENSIONS DE LA PARTICIPATION/RÉIFICATION DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA CoP DU SECTEUR MÈRE-ENFANT.....	176

Liste des figures

FIGURE 1 : THÉORIE SOCIALE DE L'APPRENTISSAGE (WENGER, 1998, p. 12).....	14
FIGURE 2 : LE MODÈLE DYNAMIQUE DE CONSTRUCTION D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE.....	34
FIGURE 3 : CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS LIÉS À LA FUSION DU SERVICE DE GÉRIATRIE DU CHUa ..	68
FIGURE 4 : CYCLE DE VIE DE LA CoP DE GÉRIATRIE (MODÉLISATION INSPIRÉE DE WENGER, MACDERMOTT & SNYDER, 2002)	98
FIGURE 5 : CYCLE DE VIE DE LA CoP DE L'UNITÉ MÈRE-ENFANT, INSPIRÉ DE WENGER, E.; MACDERMOTT, R.& SNYDER, W.M. (2002)	157
FIGURE 6 : MODÈLE RÉVISÉ DU PROCESSUS DYNAMIQUE DE (RE)CONSTRUCTION DE CoP EN CONTEXTE DE CHANGEMENT.....	201

Liste des sigles et des abréviations

ACU	Assistante Chef d'Unité
CAC	Comité d'Amélioration Continue
CCASS	Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé
CEFRIO	Centre Francophone d'Informatisation des Organisations
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CoP	Communauté de Pratique
CP	Comité de Pilotage
CSN	Confédération des Syndicats Nationaux
CR	Comité de Référence
DGIQP	Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance
FIIQ	Fédération des Infirmiers et Infirmières du Québec
GARE	Grossesse à Risque Élevé
GRIS	Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
HAB	Hôpital Ami des Bébés
HE	Hôpital pour Enfant
HEC	Hautes Études Commerciales
IRSC	Instituts de Recherche en Santé du Canada
KM	Knowledge Management
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAFI	Programme d'Amélioration au Fonctionnement Interdisciplinaire
PQSR /PCSS	Pas de Question Sans Réponse/Pas de Conflit sans solution
RRSSS	Régie Régionale de Santé et des Services Sociaux
RUIS	Réseau Universitaire Intégré de Santé
TS	Travailleur Social
UCDG	Unité de Courte Durée Gériatrique
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

A Claire...

Remerciements

Lorsque vient le moment d'exprimer ses remerciements, l'étape d'écriture de la thèse s'achève. C'est l'occasion de porter un regard sur cette trajectoire singulière où se conjuguent de grands moments de solitude, faits de découragement et de doute avec des instants précieux, où tout redevient possible. Ces instants là, s'inscrivent pour moi dans des moments de partage et d'échanges avec des personnes uniques auxquelles je souhaite rendre hommage aujourd'hui.

Je tiens, en tout premier lieu, à adresser tous mes remerciements à mon directeur de thèse, Jean-Louis Denis, pour son accompagnement académique, sa rigueur intellectuelle et scientifique et ses nombreux encouragements tout au long du processus de thèse. Je le remercie également - et à travers lui - toute l'équipe de recherche du projet : *Managing Convergence in Teaching Hospitals Mergers*, de m'avoir accordé une bourse pour conduire mon projet doctoral.

Je remercie pareillement Lise Lamothe qui a accepté la codirection de thèse. Sa connaissance fine des logiques organisationnelles hospitalières et de leurs enjeux, a été l'occasion d'échanges stimulants qui ont alimenté ma réflexion tout au long du processus de recherche.

Je tiens tout autant à remercier l'ensemble des professeurs/chercheurs du département d'administration de la santé et des HEC Montréal, notamment Ann Langley et Francine Seguin. La qualité de leurs travaux et de leurs enseignements, sont une richesse inestimable dans le parcours académique de tout étudiant.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des professionnels de la santé qui m'ont accueillie au cœur de leur univers hospitalier et qui ont accepté de partager avec moi leur quotidien de travail.

Merci à toute l'équipe du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) : au personnel administratif et technique pour son accompagnement logistique et la qualité de ses relations humaines.

Enfin, parce que la liste serait trop longue à énumérer, je remercie dans un mouvement d'ensemble, ma famille et tous mes ami-e-s. Vos preuves d'amour et de sympathie ont toujours été pour moi un soutien essentiel. Au delà des mots, Merci.

Introduction

Au cours de la dernière décennie, les transformations majeures qui ont touché l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, ont placé les organisations hospitalières et leurs dirigeants au centre de la tourmente des restructurations. Qu'il s'agisse de redéfinir les contours de leurs missions à l'interne, de développer des ententes de partenariats inter-établissements ou de s'engager dans une stratégie de restructuration plus radicale telle qu'une fusion, les hôpitaux vivent désormais au rythme du glissement de leurs frontières organisationnelles.

En toile de fond, la question du contrôle des coûts dans une perspective d'assainissement des finances publiques intervenue au milieu des années 1990 à laquelle s'ajoute l'objectif d'améliorer la complémentarité des ressources et la continuité des soins (Turgeon, Anctil, & Gauthier, 2003), viennent en grande partie légitimer ce type de démarche. Cependant, l'exercice n'est pas simple et nombre d'études sur les opérations de fusion ou d'acquisition proposent un bilan mitigé sur les avantages réels de ces rapprochements et confirment unanimement le caractère périlleux de ces changements stratégiques. Outre le fait que les bénéfices économiques engendrés par les regroupements ou les fusions d'établissements ne soient pas nécessairement conformes aux attentes (Lee & Alexander, 1999; Shanahan, Loyd, Roos, & Brownell, 1999; 1998), il est largement démontré aujourd'hui que le processus même de restructuration engagé peut avoir des conséquences critiques sur les résultats de la fusion ou sur l'issue de la coopération entre les organisations impliquées (Denis, Lamothe, & Langley, 1999; Denis, Langley, & Pineault, 2001; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Garside, 1999).

Aujourd'hui, il existe un consensus à l'idée que les écarts entre les attendus d'une opération de fusion et les résultats obtenus, ne peuvent s'expliquer par le seul fait d'une mauvaise évaluation du projet initial que cela soit en matière de coût d'opération ou de vision stratégique irréconciliable (Jemison & Sitkin, 1986). Plutôt, plusieurs auteurs s'accordent à penser que ces échecs ou les difficultés d'intégration à la fusion rencontrées, sont directement liés au phénomène des relations humaines,

insuffisamment pris en compte lors de cet exercice (Gosselin, 1987; Schweiger & Denisi, 1991).

Les fusions hospitalières, qui impliquent par la refonte des structures de soins qu'elles génèrent une redéfinition des organisations de travail du personnel, majoritairement soignant, sont directement concernées par cette problématique. Une fusion d'établissements n'est pas une démarche purement administrative, au delà, se confrontent des cultures, des identités, des histoires spécifiques portées par l'ensemble des acteurs organisationnels concernées par ce changement. À ce titre, la littérature dans le domaine est prolix à nous rappeler que les planifications stratégiques les mieux réfléchies peuvent ne pas résister au contact du terrain (Buono & Bowditch, 1989; Cartwright & Cooper, 1993; Covin, Sightler, Kolenko, & Tudor, 1996; Schweiger & Denisi, 1991).

Sous cet angle, le changement, qui pour s'imposer requiert une certaine forme de légitimité, pose de nombreux défis au niveau organisationnel, mais aussi sous des aspects humain, culturel ou de leadership (Hafsi, & Toulouse, 2000). Indubitablement, il implique une communauté d'acteurs aux comportements déterminants dans le succès ou l'échec de la restructuration engagée. Cette assertion est largement corroborée par nombre de travaux (Buono & Bowditch, 1989; Connolly & Klein, 2002; Denis et al., 1999; Denis, Langley, & Cazale, 1995; Nahavandi & Malekzadeh, 1988; Shrivastava, 1986; Weber, 1996) qui font état de l'extrême difficulté à compléter avec succès une opération de fusion d'établissements.

Partant, la dynamique de fusion ne peut être appréhendée sous le seul éclairage d'un « pilotage stratégique ». Elle doit accorder une place significative au contexte des relations humaines dans le processus de changement engagé et aux capacités des acteurs en présence à porter ou au contraire, à résister à cet exercice.

Dans le champ des théories de l'organisation, la question de la place de l'*acteur* et de sa *participation* au fonctionnement de l'organisation, a été et reste l'objet d'un intérêt soutenu. Les approches sociopolitiques de l'organisation – notamment celle de l'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg (1977) – ont fortement contribué à lever le voile sur la façon dont se structurent les relations entre « *un*

ensemble d'acteurs placé dans un contexte d'interdépendance stratégique » (Friedberg, 1997, p. 13). Les jeux d'alliances, le calcul autour des marges de libertés sont autant d'actions portées par ces individus *stratèges* dans leur rapport à l'organisation.

Dans la même perspective théorique, les études conduites dans le domaine des organisations de santé au cours des quinze dernières années, ont permis d'identifier les caractéristiques *pluraliste* et complexe de ce *système social d'actions* (Denis et al., 2007). Ainsi considère t-on aujourd'hui l'hôpital comme une structure bicéphale « bureaucratique » et « professionnelle » à l'intérieur de laquelle l'organisation du travail se distribue par fonction (Mintzberg, 1998). Plus précisément, cette double entité structurelle met à jour un organe administratif, avec ses règles et ses fonctions de support, et un organe professionnel où la segmentation par spécialité ou par profession différencie les champs d'exercice des *opérateurs professionnels*, pour reprendre l'expression de cet auteur. Les corps professionnels ainsi représentés détiennent un champ d'autonomie considérable et un pouvoir de contrôle important sur les processus de décisions associés à la production des soins (Lamothe, 1996, 2005). Ce type de structure qui dépend fortement des standards de qualification et des savoirs experts des opérateurs pour fonctionner – la coordination est garantie par la normalisation des compétences et non des procédés – fait du niveau opérationnel, la clef de voûte du fonctionnement hospitalier (Mintzberg, 1982).

Dans ce type de configuration en territoires morcelés, où se côtoient les procédures et un ensemble d'accords tacites et d'activités « clandestines », le changement s'inscrit dans une dynamique d'équilibres précaires et d'ajustements constants, entre des individus aux rationalités, représentations et projets souvent fort différents (Denis et al., 1999). Ici, que cela soit sous l'angle du rôle des dirigeants ou des coalitions dominantes notamment médicales, la construction des relations se structure autour de l'incertitude, des relations de pouvoirs et des différents enjeux qui sous-tendent l'action politique (Carlier, Denis, Lamothe, & Langley, 2005; Contandriopoulos & Y. Souteyrand, 1996; Contandriopoulos & Souteyrand, 1996; Denis, Langley, & Pineault, 2000; Friedberg, 1997).

Ainsi, sous l'angle des approches sociopolitiques de l'organisation, la lecture du changement pose l'exigence d'une participation large et concertée des acteurs clés, c'est-à-dire des détenteurs de pouvoirs susceptibles de contraindre ou de favoriser le changement. Toutefois, les dynamiques de relations humaines en contexte de changement interrogées exclusivement sous l'angle des stratégies et des relations de pouvoir laissent dans l'ombre une grande partie des processus sociaux à l'œuvre et notamment, celle d'une représentation construite et partagée du changement au cœur des pratiques quotidiennes de travail.

L'objet de notre recherche, tend à revenir sur ce processus pour en saisir la logique sous-jacente. Plus précisément, nous cherchons à comprendre comment des acteurs « déstabilisés » par la fusion de leurs unités de soins, vont intégrer le changement au décours d'apprentissages individuels et collectifs sur de nouvelles « façons de faire » à construire ensemble et des règles de coopération à mettre en œuvre.

En nous saisissant de la notion de « communautés de pratique » (CoPs)¹ que nous allons circonscrire provisoirement comme des espaces de socialisation et d'apprentissage à l'intérieur desquels, des acteurs impliqués dans la dynamique de changement vont devoir mettre en commun leurs connaissances et expertises, nous étudierons les processus de participation, d'appartenance, de négociation et enfin d'appropriation que des acteurs impliqués dans le changement, vont initier.

Enfin, parce qu'il n'est pas d'« agir collectif » sans activité de régulation (Reynaud, 1997, 1989), nous compléterons notre cadre d'analyse sur cette dynamique de reconstruction sous l'angle d'une régulation sociale qui s'y met en œuvre.

Notre projet qui prend place à l'intérieur d'une étude² plus large – qui vise à étudier les processus de convergence identitaire organisationnelle et professionnelle à l'œuvre dans le contexte d'une fusion d'établissements hospitaliers à vocation universitaire – rejoint à notre point de vue, les recommandations adressées par

¹ - La notion de « communauté de pratique » (CoP) qui réfère essentiellement ici aux travaux de Lave et Wenger (1991) et Brown et Duguid (1991, 1998) fera l'objet d'un développement approfondi au chapitre suivant.

² - Notre thèse constitue un volet d'un projet plus large intitulé "*Managing Convergence in Teaching Hospital Mergers*", sous la direction de J-L. Denis, A. Langley, L. Lamothe, S. Gagnon et A. Lemay, subventionné par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (CIHR /ICRS).

plusieurs chercheurs en gestion (Lee & Alexander, 1999; Markham & Lomas, 1995) qui préconisent notamment, le développement d'une meilleure connaissance sur les dynamiques interprofessionnelles à l'œuvre dans un contexte de fusion et leurs impacts sur les processus de changement organisationnels engagés.

À notre connaissance, il n'existe pas d'études qui se soient intéressées au phénomène de l'intégration des opérations cliniques dans un contexte de fusion hospitalière, sous l'angle des pratiques quotidiennes de travail des CoPs. Les résultats de la présente étude, combinés avec ceux des autres volets du projet précité, doivent nous donner une lecture compréhensive des processus de restructuration mis en œuvre dans ce type d'organisation professionnelle complexe.

La thèse est structurée en huit parties. Dans le chapitre I, nous posons le cadre de notre recherche doctorale à partir d'une mise en contexte du phénomène de la fusion. Le chapitre II est consacré à l'état des connaissances sur les construits que nous mobiliserons dans le contexte de cette recherche. Le chapitre III expose les éléments du cadre conceptuel retenu dans l'étude. La stratégie de recherche est développée dans le chapitre IV. Les chapitres V et VI concernent l'exposé des deux cas approfondis dans l'étude. Une analyse inter-cas est proposée en chapitre VII. Enfin, nous concluons la thèse sur un chapitre VIII de discussion/conclusion.

Chapitre I : Mise en contexte et problème de recherche

Au cours des dix dernières années, les activités de fusion ont tenu l'avant-scène des systèmes de santé des pays industrialisés. Le Canada, qui n'a pas échappé à ce phénomène, a vu son parc hospitalier subir des restructurations majeures avec plus de trente hôpitaux universitaires fusionnés (Rapport de la conférence sur les fusions dans les soins de santé au Canada, 2000). Si les raisons invoquées pour justifier cet exercice font fréquemment référence à la rationalité économique (i.e améliorer l'efficacité et l'efficience de l'offre de soins dans un contexte de compressions budgétaires), les arguments politiques (i.e. augmenter le prestige d'un hôpital universitaire) ou encore institutionnels (répondre à un effet de mode), font également partie du phénomène explicatif (Comtois, Denis, & Langley, 2004).

I.1 – Les premières études des fusions hospitalières

Le domaine des fusions hospitalières a suscité un intérêt grandissant dans le champ de la recherche en gestion. Que cela soit sous l'angle des avantages ou des inconvénients, des succès ou des échecs, de l'impact sur la qualité et l'offre de soins, la littérature sur le sujet, aborde le phénomène en offrant un large panel de résultats parfois contradictoires (Brousselle, Denis, & Langley, 1999; Lee & Alexander, 1999; Markham & Lomas, 1995). Ainsi, si certains éléments tels que, l'amélioration de l'offre de services, l'optimisation du développement de la recherche et de la technologie et une meilleure utilisation des ressources humaines et des compétences qui leurs sont associées, constituent les avantages souvent attribués à ce type d'exercice, la déstabilisation des microcosmes socio-organisationnels qu'il génère en est la contrepartie et vient souvent compromettre toute velléité d'intégration harmonieuse. Les récents travaux, déjà cités précédemment, menés par J-L Denis, L. Lamothe & A. Langley sur les regroupements d'hôpitaux universitaires au Québec, analysent ce phénomène et soulèvent l'enjeu important que constitue la gestion de

l'entrecroisement de cultures organisationnelles dans un contexte de fusion hospitalière. Reprenant l'argument de la complexité de ce type d'organisation où se confrontent à l'interne deux entités bureaucratiques distinctes – clinique et administrative (Lamothe, 1996) – aux prises avec un contexte environnemental tout aussi complexe – la rationalisation du système de santé –, ces mêmes auteurs confirment la réelle difficulté que rencontrent ces hôpitaux pour atteindre un niveau d'intégration satisfaisant.

Sous l'angle des relations humaines, d'autres études intéressées au phénomène "post-fusion", soulignent les impacts attribués au choc culturel induit par les regroupements d'organisations, et notamment l'influence des conséquences relationnelles de la fusion sur : la productivité, la satisfaction au travail, l'identification à l'entreprise, la loyauté, ou encore la communication organisationnelle (Cartwright & Cooper, 1993; Schraeder, 2001). Plus préoccupant encore, alors que les fusions devraient favoriser la synergie et le brassage des connaissances et compétences détenues par l'une et l'autre des entités, nombre de résultats ex-post révèlent plutôt une exacerbation des rivalités internes menant souvent à l'exode des compétences clés de l'organisation (Napier, 1989; Walsh, 1988). À l'aune de ces constats, plusieurs auteurs relèvent que les enjeux concernant l'intégration socioculturelle dans le cadre des fusions, font encore l'objet de peu d'attention de la part des dirigeants et des chercheurs en gestion (Gosselin, Guindon, & Schweiger, 1993; Schweiger & Denisi, 1991; Shrivastava, 1986).

Partant, la culture organisationnelle, processus dynamique d'appartenance et de cohésion (Sainsaulieu, 1985), forgée par un système de significations largement partagé par les membres (Allaire & Firsirotu, 1983) ou encore, construite par les processus d'apprentissage qui assurent la stabilité structurelle de l'organisation (March & Simon, 1991), prend une place prépondérante dans un contexte de regroupement hospitalier. Pour Denis et al. (1999), chaque unité ou service de soins développe au fil du temps, une sorte de communauté de pratique – qui renvoie à des rapports professionnels de formes idiosyncrasiques – que le processus de fusion déstabilise fortement, voire détruit.

Paradoxalement, ces communautés de pratique qui constituent le véhicule d'une « histoire partagée d'apprentissage » au sein d'une organisation (Wenger, 1998, p. 86), sont des actifs stratégiques puissants, pour toute organisation inscrite dans un processus de changement. Récemment, plusieurs travaux en soulignent les capacités, reconnaissant que ces communautés constituent la ressource de connaissance la plus souple et la plus dynamique de l'organisation et représentent un atout important pour cette dernière en matière d'innovation et d'adaptation (Cross, Borgatti, & Parker, 2002; Iedema, Meyerkort, & While, 2005).

Dans leur étude de cas auprès de sept organisations, Lesser & Storck, (2001) démontrent que les communautés de pratique jouent un rôle significatif dans le développement du capital social, lequel à son tour, influence les résultats de l'organisation. Pour ces auteurs, ce capital social se construit autour de dimensions, structurelles, relationnelles et cognitives qui s'appuient notamment sur le développement d'habiletés à entrer en contact avec autrui (se faire des relations), à renforcer les relations interpersonnelles établies – notamment autour des notions d'obligations envers l'autre, de normes, de confiance mutuelle et d'identification – et à partager un langage commun. Selon ces auteurs, il y a lieu d'utiliser les communautés de pratique comme « véhicule de performance » car elles ont la capacité, dans un contexte de changement, de déplacer le capital intellectuel existant vers de nouvelles situations (Nahapiet & Ghoshal, 1998). En cela, elles peuvent constituer un moteur fort de la réussite du changement.

Dans le même ordre d'idées, Kreiner & Lee (2000) dans leur étude sur le processus de fusion de deux compagnies de hautes technologies, font la démonstration que les communautés de pratique détentrices de compétences collectives et de connaissances tacites, peuvent soutenir des changements rapides dans un contexte de fusion. Cependant, ces auteurs soulignent l'importance de prendre en compte le poids de ces communautés de pratique dans un contexte de prise de décisions et concluent sur l'importance de la patience, du sens du *timing* pour que la synergie nécessaire entre les décisions managériales et les communautés de pratique émerge et favorise par là même, le processus d'intégration.

Enfin, il nous faut reconnaître que la notion de communauté de pratique qui connaît un succès croissant en management stratégique ces dernières années – notamment par les capacités de réactivité et d’auto-organisation qui lui sont prêtées – reste un objet encore peu étudié empiriquement, et donc sujet à de multiples interprétations, parfois abusives. À l’instar d’autres auteurs (Chanal, 2000; Vaast, 2002), nous pensons que ce construit offre une lecture originale et pertinente des dynamiques organisationnelles et de leurs capacités à participer au changement, mais que ses dimensions tant théoriques qu’opérationnelles, méritent d’être renforcées. L’objet de la présente thèse vise à contribuer au renforcement théorique de cette notion.

I.2 – Objectif général de la recherche

Le but de notre recherche est de mener une investigation empirique sur le processus de (re)construction des communautés de pratique à l’œuvre dans le contexte de la fusion de trois hôpitaux universitaires. Dans cette perspective, nous nous situerons au niveau opérationnel de l’organisation et ciblerons plusieurs unités cliniques, inscrites à des niveaux variables³ dans des opérations d’intégration de la fusion.

L’objectif général de cette recherche est de comprendre comment se (re)construisent les communautés de pratique au sein de départements cliniques, déstabilisés par des transformations majeures (i.e. déplacement et relocalisation sur un nouveau site, recomposition des équipes de travail) comme c’est le cas lors d’une fusion hospitalière. Il s’agira donc :

- 1) d’étudier les processus et conditions qui jouent en faveur ou contraignent cette (re)construction;
- 2) d’identifier les activités de régulation à l’œuvre au sein des équipes cliniques recomposées, assurant une stabilité et une cohérence suffisantes pour garantir la production et la qualité des soins.

À notre connaissance, il n’existe pas d’études qui se soient intéressées au phénomène de l’intégration des opérations cliniques dans un contexte de fusion hospitalière, sous

³ - Nous reviendrons sur cette notion de variabilité dans le chapitre de méthodologie de la recherche.

la perspective des communautés de pratique. Les résultats de la présente étude, combinés avec ceux des autres volets du projet précité (Cf. note 2 *supra*), doivent nous permettre une lecture compréhensive des processus de restructuration mis en œuvre dans ce type d'organisation professionnelle complexe, au plus près des pratiques quotidiennes de travail.

Chapitre II : État des connaissances

II.1 – Une approche du changement organisationnel par l'apprentissage situé

Dans le champ des sciences de la gestion, l'évolution des connaissances sur le changement organisationnel : son contenu même, ses effets sur l'organisation, le rôle des acteurs qui y participent, les processus ou encore les conditions de sa mise en œuvre, appuie la diversité des approches et le foisonnement des recherches sur cette question. Le changement sous l'angle de l'apprentissage situé qui s'inscrit dans le courant de la théorie de l'action située constitue l'une des voies de recherche actuellement reconnues comme des plus prometteuses en théorie des organisations (Boffo, 2003).

Dans un contexte environnemental et organisationnel de plus en plus complexe, turbulent et compétitif le changement ne constitue plus une exception, mais une réalité quotidienne et le «savoir» comme matière première, les « *core competencies* » (Hamel & Prahalad, 1994), se révèle une ressource importante pour les organisations et entreprises toujours à la recherche d'une meilleure position sur le marché. Comme nous le rappelle fort à propos Demers (2002, p. 61), le changement ne constitue plus une réponse adaptative à une situation de crise ou à un environnement hostile mais devient bien un « *processus continu d'apprentissage qui permet l'innovation* ». Dans cette perspective, le changement pénètre les pratiques quotidiennes de travail. Il devient l'affaire de tous et l'acquisition des savoirs au sein des organisations, leur évolution, voire le développement de nouvelles formes de connaissances et d'apprentissages que le changement génère, répondent à un processus dynamique de construction dans et pour l'action.

En management stratégique, l'apprentissage organisationnel parce qu'il introduit une perspective de changements tant comportementaux (Cyert & March, 1963) que cognitifs (Schneider & Angelmar, 1993), est l'objet d'un intérêt soutenu et diversifié

dans le domaine de la recherche en gestion. Les travaux d'Argyris & Schön (1996) qui mettent l'accent sur l'évolution des représentations individuelles et mentales au fondement de l'apprentissage organisationnel, ceux de Kim (1993) qui placent au cœur d'une réflexion théorique sur l'apprentissage, une organisation apprenante, dotée de systèmes d'informations et d'une mémoire collective, ou encore les travaux de Nonaka (1994), de Leroy & Ramanantsoa (1997) qui interrogent le contenu même de l'apprentissage organisationnel, en s'intéressant aux caractéristiques des savoirs explicites ou tacites, actés et mobilisés au sein de l'organisation, offrent une multitude de perspectives théoriques pour l'étude des processus et mécanismes qui régissent le changement.

En parallèle de ces travaux, d'autres perspectives théoriques utilisant l'approche situationnelle se sont développées considérant l'apprentissage comme un processus collectif de création de connaissances au cœur de l'interaction en pratique des acteurs organisationnels. C'est dans cette conception d'une approche éminemment sociale et relationnelle de l'apprentissage « situé » et « contingent » que les travaux sur les communautés de pratique (Brown & Duguid, 1991, 1998; Brown & Duguid, 2001) ou l'apprentissage contextuel ou situationnel (Lave, 1997; Lave & Wenger, 1991) se sont développés. Pour l'ensemble de ces auteurs, la production de connaissances apparaît là, indissociée de la pratique et surtout des contextes dans lesquels ces connaissances se construisent, sont appropriées et partagées par les acteurs au décours de leurs interactions (Cohendet & Diani, 2005). Les travaux d'Orlikowski (1996) appuient cette assertion. Dans son étude sur l'implantation d'un référentiel de suivi d'incidents dans un département informatique aux Etats-Unis, elle montre l'impact des pratiques situées sur le processus de changement émergent. La théorie du changement situé (*situated change*) qu'elle propose, donne primauté aux pratiques des acteurs organisationnels – c'est-à-dire aux façons dont les individus en contexte de travail vont appréhender les problèmes, utiliser leur expérience et leurs connaissances, saisir les opportunités – pour expliquer le changement organisationnel.

II.1.1 – Principes théoriques du construit de communauté de pratique

Dans cette partie, nous abordons l'évolution conceptuelle de la notion de communauté de pratique qui se trouve aujourd'hui à la jonction de plusieurs courants théoriques en sciences sociales, en faisant essentiellement référence aux travaux pionniers de Lave et Wenger (Lave, 1988,1997; Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998, 2004; Wenger, McDermott, & Snyder, 2002) en théorie de l'apprentissage situé.

Ces dernières années, les travaux de Lave & Wenger en théorie de l'apprentissage situé (Lave, 1988, 1997; Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998) issus de recherches ethnographiques sur les communautés professionnelles (i.e. les bouchers, les travailleurs de la confection, les sages-femmes), ont substantiellement enrichi la réflexion sur l'apprentissage organisationnel en réunissant dans un même cadre d'analyse les perspectives individuelle et organisationnelle de l'apprentissage. La lecture théorique que ces auteurs proposent, conçoit l'apprentissage comme une participation sociale non plus réduite aux seules activités partagées par des individus dans un contexte donné, mais comme un processus englobant tout à la fois la participation active d'acteurs à des pratiques de communautés sociales et la construction d'identités que cette participation sociale permet. Ici, dans la lignée de la réflexion théorique « structurationniste », « la compétence en acte » met en scène la réflexivité des acteurs, leurs capacités à mobiliser leurs connaissances, individuelles et collectives au décours d'interactions contribuant ainsi à reproduire mais aussi, à modifier les propriétés organisationnelles en place et leurs pratiques (Giddens, 1984).

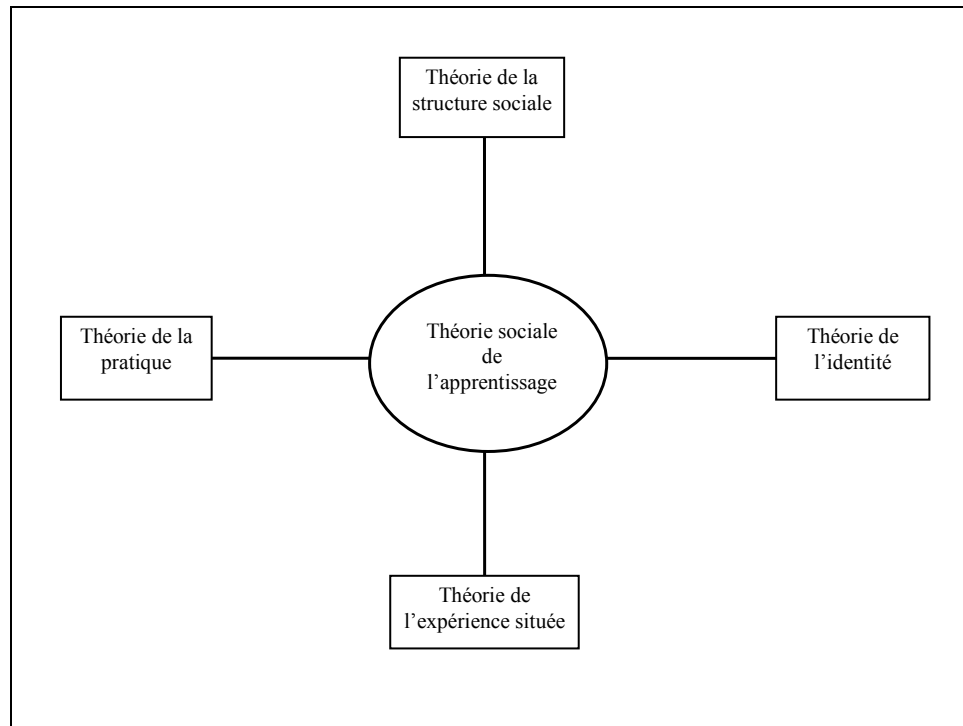
Le concept de communauté de pratique au cœur de la réflexion théorique de Wenger (1998) dans son ouvrage de référence *Communities of practice: Learning, meaning and identity* le conduit à développer une théorie sociale de l'apprentissage que d'aucuns considèrent comme une lecture transversale aux théories précédemment développées (Chanal, 2000; Vaast, 2002).

Avant d'aborder plus avant, la notion de communauté de pratique et les concepts centraux qui la caractérisent, il nous semble opportun de nous attarder sur les options

théoriques retenues par cet auteur et qui nous permettrons de mettre en lumière, l'articulation qu'il propose entre apprentissage et pratique.

La théorie de l'apprentissage développée dans l'ouvrage de Wenger (1998) se situe à la jonction de deux axes théoriques principaux (Cf. Figure 1).

Figure 1 : Théorie sociale de l'apprentissage (Wenger, 1998, p. 12)



Dans la plus pure tradition de la théorie de l' « action » ou du « fait social » développée par les sociologues Weber et Durkheim (Giddens, 1984), l'axe vertical est central et reflète la tension entre les théories qui donnent préséance aux structures et celles qui privilégient l'action. En situant l'apprentissage comme « un fait de participation » à l'interface de cette verticale structure/action, Wenger rejoint clairement le point de vue structurationniste développé par Giddens. Ainsi, les principales thèses de la théorie de la structuration qui défendent l'idée de la compétence de l'acteur et de la dualité du structurel (Giddens, 1984), peuvent aisément trouver écho dans les propos de Wenger (1998, p. 13) :

« Learning (...) takes place through our engagement in culture and history. Through these local actions and interactions, learning reproduces and transforms the social structure in which it takes place. »

Cette conception revisitée de la notion de structure, développée initialement par Giddens et mobilisée ici par Wenger, renvoie à l'idée « d'ensembles structurels » (Giddens, 1984) considérés comme des manifestations situées (i.e dans le temps et dans l'espace) et fondées sur les règles et ressources engagées dans l'articulation des systèmes sociaux. Autrement dit, l'ensemble des règles et ressources structurent les interactions entre les acteurs qui construisent l'action « chemin faisant ».

L'axe horizontal quant à lui, tend à relier les théories de la pratique, centrées sur les activités quotidiennes des individus, à celles de l'identité qui concernent la construction sociale de ces derniers – la pratique et l'identité devenant pour l'auteur, des formes de continuité et discontinuité sociales et historiques. À la jonction de ces courants théoriques, l'apprentissage en action est tout à la fois structuré et structurant et devient le véhicule (Wenger, 1998, p. 13) :

1. de l'évolution des pratiques,
2. de l'intégration de nouveaux membres au sein de la communauté et,
3. du développement et de la transformation de nouvelles identités.

Nous l'aurons compris, cet axe horizontal constitue le centre d'intérêt de la thèse développée par cet auteur, les concepts de «pratique» et de «communauté» se situant au centre d'une conception de l'apprentissage dont le véhicule principal est la participation sociale.

II.1.2 – Les composantes structurantes du modèle de communauté de pratique

Pour les différents auteurs référencés précédemment et notamment pour Wenger concepteur du modèle théorique des CoPs, la communauté de pratique se caractérise par la mise en présence – face à face ou virtuelle – d'un groupe d'individus émergeant spontanément autour d'un *intérêt commun* : partager les connaissances dont ils disposent sur un sujet précis avec d'autres qui possèdent les mêmes intérêts qu'eux dans le domaine.

« (...) groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on a ongoing basis. » (Wenger et al., 2002, p. 4)

La capitalisation de ces connaissances, construites, partagées et échangées par les membres prend forme autour d'un répertoire commun de ressources disponibles. Ce *répertoire partagé* (réifié autour de procédures, documents, bases de données) est en quelque sorte une co-construction où les connaissances et compétences résolument complémentaires des membres, viennent cimenter *l'engagement mutuel* entre eux.

Ce sont ces trois notions inter reliées, d'intérêt ou d'entreprise commun, de répertoire partagé et d'engagement mutuel et sur lesquelles nous reviendrons plus précisément dans une prochaine section qui permettent l'entrecroisement des notions de *communauté* et de *pratique*.

II.1.2.1 – Le concept de pratique

Dans sa réflexion, Wenger, rejoint par d'autres auteurs (Brown & Duguid, 1991; Vaast, 2002) conçoit la pratique au-delà du « faire ». Elle apparaît « *historiquement et socialement située et donne sens et structure à ce que nous faisons, dans ce contexte, la pratique est toujours une pratique sociale* » (Wenger, 1998, p. 47).

Cette assertion qui définit « le travail » comme une « pratique située » c'est-à-dire au cœur du contexte dans lequel il s'effectue, prend appui sur une étude ethnographique menée par l'auteur auprès d'un service de gestion de dossiers d'assurance maladie aux Etats-Unis et qui met en scène le quotidien d'une agente de traitement de dossiers médicaux. Wenger y met en lumière une pratique qui va bien au-delà de tâches individuelles routinières des agents. Elle prend forme et s'exprime dans des interactions informelles entre les employés de ce service à la recherche de solutions collectives aux problèmes rencontrés; elle constitue un support à la mémoire collective et devient une ressource pour l'accueil et la formation des nouveaux venus; elle a produit avec le temps, des mots de vocabulaire, des cadres d'interprétation connus de tous et utiles à l'accomplissement des tâches; enfin, elle est l'organe d'un collectif, animé par des habitudes à travailler ensemble, des rituels et des histoires partagées.

Ainsi, la pratique au sens de Wenger, s'apprend, se construit autour d'une participation sociale où se négocient les significations relatives à l'action. Elle prend naissance tant dans l'explicite, par le langage, les outils, les documents, les symboles, les procédures et les rôles qui régulent les pratiques professionnelles, que dans l'implicite, autour d'intuitions, de perceptions, de conventions tacites, de visions du monde partagées⁴.

À l'instar, d'autres auteurs (Daft & Weick, 1984; Gioia & Chittipeddi, 1991), Wenger voit dans la production sociale de ces significations, le cadre d'analyse le plus pertinent pour étudier les pratiques collectives. Ainsi, « faire sens » et « donner du sens » à nos expériences et à nos actions relèvent selon lui d'un processus continu de « négociation de sens », appelant à une réflexivité opérant tant au niveau discursif (échanges verbaux dans l'interaction) que tacite (routines, conventions)⁵.

« All that we do and say may refer to what has been done and said in the past, and yet we produce again a new situation, an impression, an experience : we produce meaning that extend, redirect, dismiss, reinterpret, modify or confirm – in a word, negotiate anew – the histories of meaning of which they are part. In the sense, living is a constant process of negotiation of meaning. » (Wenger, 1998, pp. 52-53)

La « négociation de sens » entendue comme la condition de l'action et le produit de celle-ci est un processus dynamique co-construit par les acteurs en milieu de pratique. Cette assertion rejoint les propos de Couix (1997, p. 183) pour qui cette négociation de sens correspond à une démarche d'évaluation herméneutique où « *l'interprétation des effets attendus mais surtout inattendus des actions, des évolutions prévues mais aussi impensées de leurs contextes, conduit les acteurs à revisiter les modèles, explicites ou implicites, à partir desquels ils ont conçu leur stratégie d'action.* »

⁴ - Contrairement à d'autres approches en apprentissage organisationnel, notamment les travaux de Nonaka (1994), Wenger ne tend pas à opposer les dimensions explicites et tacites dans la pratique, considérant plutôt qu'elles constituent le caractère social et négocié de toute production de connaissances (Wenger, 1998, p. 47). Cette position est également défendue par Brown & Duguid (2001).

⁵ - Ici, la notion d'acteurs sociaux compétents, c'est à dire « tout ce que les acteurs connaissent ou croient, de façon discursive ou tacite, sur les circonstances de leur action, de celle des autres, et qu'ils utilisent dans la production et la reproduction de l'action » (Giddens, 1984, p. 53) est centrale à la réflexion de Wenger.

II.1.2.2 – Le concept de communauté

Comme nous le disions précédemment, les travaux de Lave & Wenger s'inscrivent dans la tradition théorique de l'apprentissage situé, reconnaissant aux collectifs de travail une expertise à apprendre, partager et transmettre de la connaissance. C'est dans cette perspective d'un apprentissage collectif émergeant d'une pratique quotidienne qu'apparaît chez ces auteurs, la notion de communauté de pratique. Ici, la notion de communauté, vient cristalliser en quelque sorte, le résultat des processus d'apprentissage, les représentations collectives qui s'y créent – maillages étroits d'expériences et de connaissances individuelles - mais aussi l'émergence de nouvelles connaissances.

Pour Wenger, l'association « Pratique/Communauté » implique la relation étroite de trois dimensions opératoires qui donnent cohérence au groupe:

- 1) ce qu'il est : une entreprise commune (*joint enterprise*);
- 2) comment il fonctionne : un engagement mutuel (*mutual engagement*);
- 3) ce qu'il produit : un répertoire partagé (*shared repertoire*) de ressources.

II.1.2.2.1 – L'engagement mutuel

Pour Wenger, le terme de communauté de pratique n'est pas synonyme de groupe professionnel, d'équipe ou de réseau au sens strict du terme. Plutôt, il réfère à une structure sociale qui prend forme dans l'engagement mutuel des acteurs dans l'action. Cet engagement est visible et pour Wenger (1998, p. 56) c'est bien cette forme de participation identifiée dans un lieu et sur un objet précis ou une passion commune qui contribue à la construction identitaire du groupe.

La négociation du sens de l'action repose alors tout à la fois, sur la complémentarité des compétences des acteurs en présence et sur leur capacité d'interconnecter leurs connaissances mutuelles à la rencontre d'une problématique ou d'un domaine d'intérêt commun. Le développement d'une pratique partagée repose nécessairement sur cet engagement mutuel qui s'exprime au décours d'interactions régulières et soutenues.

II.1.2.2.2 – Une entreprise commune

L'entreprise commune n'implique pas *de facto*, un point de vue convergent pour chaque situation, elle est plutôt le résultat d'un processus collectif et permanent de négociation autour d'un objet commun qui reflète pour l'auteur, toute la complexité de l'engagement mutuel des acteurs. Plus qu'un objectif à atteindre, l'entreprise commune fait partie intégrante de la pratique de la communauté.

«They must find a way to do that together, and even living with their differences and coordinating their respective aspirations is part of the process. Their understanding of their enterprise and its effects in their lives need not be uniform for it to be a collective product.» (Wenger, 1998, p. 79)

Cette entreprise commune met en scène un ensemble de règles non fermées, d'objectifs, mais surtout, d'actions collectives dans ce qu'elles ont d'immédiat et renvoie à un processus collectif et permanent de négociation.

II.1.2.2.3 – Un répertoire partagé

Au fil du temps, la poursuite d'une entreprise commune, crée les ressources nécessaires pour la négociation de significations. Ces ressources constituent le répertoire partagé de la communauté qui lui assure une certaine stabilité dans le temps et l'espace. Elles incluent les routines, les mots, les outils, les façons de faire, les histoires, les gestes, les symboles, les actions ou concepts que la communauté a produits ou adoptés au cours de son existence et qui font désormais partie intégrante de sa pratique.

À l'instar de Chanal (2000), nous soulignerons une fois de plus, dans les aspects structurants du répertoire partagé développés par Wenger, l'influence théorique de Giddens (1984) où le structurel apparaît en référence à l'émergence et au développement dans l'espace-temps, de modèles régularisés de relations sociales qui engagent la reproduction des pratiques.

Cependant, Wenger insiste sur le fait que le « sens partagé » (*shared meaning*) n'est pas une « pré condition à », ou même le résultat d'une « pratique partagée » (*shared practice*). S'il reconnaît que les mots, les gestes, les artefacts sont le reflet d'un

engagement mutuel historiquement construit, une certaine ambiguïté de sens subsiste autour de ces objets de coordination, ne serait-ce que pour assurer leur perméabilité au jeu de la négociation de nouvelles significations. En ce sens, le répertoire partagé ne constitue pas le point d'ancrage d'un consensus collectif, mais plutôt le moteur pour la négociation de nouvelles significations dans un contexte d'interactions. Les artefacts sociaux sont donc transitoires, objets d'une réappropriation sélective par les acteurs lors de leurs échanges (Wenger, 1998, pp. 83-84).

En résumé, les trois dimensions abordées précédemment président à l'émergence de caractéristiques qui donnent vie aux communautés de pratique et dont Wenger nous offre quelques exemples : des relations mutuelles soutenues qu'elles soient harmonieuses ou conflictuelles; des façons partagées de s'engager à faire des choses ensemble; l'absence de préambules pour introduire les conversations ou les interactions comme si elles s'inscrivaient dans un processus continu; l'habileté à juger les actions appropriées; savoir ce que les autres connaissent, ce qu'ils font et comment ils peuvent contribuer à l'entreprise commune; la capacité à poser rapidement un problème qui doit être discuté ; utiliser un jargon, des raccourcis pour communiquer; des outils spécifiques, des représentations et autres artefacts; avoir des histoires partagées, des plaisanteries internes au groupe, une connaissance locale; avoir un discours partagé qui reflète une certaine perspective du monde, etc. (Wenger, 1998, p. 125).

II.1.2.3 – Le concept d'apprentissage

Wenger considère la communauté de pratique comme le véhicule d'une "histoire partagée d'apprentissage". Cette histoire évolue dans temps, combinant, dans un processus de négociation de sens, des formes de participation et de réification tout à la fois convergente et divergente. Cette disjonction conduit à des formes de mémorisation et d'oubli, de continuité et discontinuité qui forgent la pratique et permettent son évolution dans le temps. En ce sens, la pratique comme « histoire partagée d'apprentissage », n'est pas stable, elle constitue une structure émergente tout à la fois résistante et sous influence (Wenger, 1998; Wenger & Snyder, 2000). Elle met en scène un effort permanent de compréhension et d'harmonisation de l'entreprise

commune, une évolution continue de l'engagement mutuel et une mise en tension des répertoires, des styles, des discours qui induisent nécessairement la renégociation des significations antérieures favorisant l'émergence de nouvelles connaissances.

Cette co-construction qui met l'accent sur les représentations que les acteurs mobilisent dans leur pratique et sur le caractère collectif de la formation de ces représentations met en exergue la notion d'interaction qui au sens donné par Daraut (2004, p. 11), « *constitue le lien et le liant des sphères individuelle et collective de l'apprentissage en action* ».

Le concept de communauté de pratique tel que développé dans cette deuxième partie, met donc en perspective un construit social dynamique à l'intérieur duquel des individus travaillent et interagissent autour d'activités communes ou complémentaires, construisent et partagent des connaissances capitalisées par la communauté, rencontrent des problèmes proches inscrits dans des activités de résolutions collectives (Wenger, 1998 ; Chanal, 2000; Vaast, 2003) qui prennent au fil du temps, la forme « d'histoires de guerre » qui forgent l'appartenance au groupe (Brown & Duguid, 1998).

Ici, en lien avec la théorie de la structuration de Giddens (1984), l'interaction entre les membres, est tout à la fois structurée par les composantes stratégiques des acteurs et par le contexte organisationnel, et structurante en ce que l'immanence de la règle est un préalable à l'action.

En posant comme postulat que ce sont les pratiques qui permettent aux organisations de faire ce qu'elles font, de savoir ce qu'elles savent et d'apprendre ce qu'elles apprennent, Lave & Wenger (1990), Wenger, (1998), Brown & Duguid (1991) interpellent les praticiens et les chercheurs sur une conception de la communauté de pratique comme élément central de la compétence organisationnelle et comme moteur de l'évolution de cette compétence. Dans cette perspective, la pratique comme structure sociale d'apprentissages partagés devient l'axe central du schéma organisationnel.

À l'échelle de l'organisation sous l'influence de multiples configurations, la vision d'une constellation de communautés de pratique s'impose et devient le véhicule

d'une identité organisationnelle partagée autour de laquelle des pratiques émergent et s'organisent, voire s'interconnectent par le jeu d'acteurs-interface⁶ ou d'objets frontières⁷. Cette image, qui n'est pas sans nous rappeler celle de la culture organisationnelle que nous évoquions précédemment, met en perspective une réflexion intéressante sur la façon dont les communautés de pratique se définissent à l'intérieur des constellations auxquelles elles appartiennent (un dedans-dehors). Au-delà, cette conception nous permet de nous interroger également sur la façon dont ces communautés se perpétuent dans le temps - reproduction et évolution des pratiques – et dans l'espace – connexion entre des pratiques différentes à la dimension de l'organisation –, voire se (re)construisent comme nous le présumons dans le contexte d'une fusion hospitalière en cours.

II.1.3 – Les limites du modèle théorique de communauté de pratique

Nous avons beaucoup insisté sur les travaux pionniers de Lave & Wenger (1991), Wenger (1998) sur les CoPs qui appuient une conception de l'apprentissage vu comme une participation sociale et dont les chercheurs en éducation se sont largement inspirés ces dix dernières années (Buysse, Sparkman, & Wesley, 2003; Merriam, Courtenay, & Baumgartner, 2003; Rogoff, 1994; Stamps, 1997; Wesley & Buysse, 2001). Aujourd'hui, cette approche des CoPs trouve également écho auprès des chercheurs en management (Fox, 1997a, 2000; Gherardi & Nicolini, 2000; Gherardi, Nicolini, & Odella, 1998). Parallèlement, elle connaît un succès grandissant auprès des dirigeants, toujours à la recherche d'une meilleure gestion des connaissances et compétences à l'intérieur de leur organisation.

Toutefois comme le relèvent fort à propos, plusieurs auteurs (Chanal, 2000; Johnson, 2001; Josserand, Clegg, Kornberger, & Pitsis, 2004; Vaast, 2001, 2002), il existe un décalage important entre la richesse conceptuelle de cette forme de participation

⁶ - Les acteurs-interface (Chanal, 2000) sont des individus qui ont une position charnière entre plusieurs communautés de pratique, jouant d'aller-retour entre des éléments de pratique diversifiés. À l'interface de plusieurs pratiques, Wenger (1998) souligne le rôle joué par les équipes dirigeantes ou encore les pratiques communes telles que les réunions d'équipe transversales.

⁷ - Ce sont des artefacts, des documents, des procédures à partir desquels, les communautés de pratique organisent leur interconnexion (Wenger, 1998). Par exemple, la gestion informatisée des dossiers "patient" remplit tout à fait cette fonction.

sociale et le manque d'études en profondeur sur ses dynamiques de construction et d'évolution.

De son côté Fox (2000) note que le concept de communauté de pratique nécessiterait un renforcement théorique, notamment en ce qui a trait à la dynamique du pouvoir. À ce titre, il offre dans son article une critique constructive de cette conception en y intégrant les apports de Foucault sur le concept de pouvoir/savoir et ceux de la théorie de l'acteur-réseau en sociologie de la traduction (Latour & Woolgar, 1986).

Cette proposition peut être appuyée par les récents travaux de Josserand (2004) qui confirment l'impact des enjeux et des jeux de pouvoir sur ces formes organisationnelles soumises aux contraintes hiérarchiques. Ici, c'est la capacité de survie des communautés de pratique comme forme interstitielle de connaissances et leur maintien en marge des environnements bureaucratique et hiérarchique que l'auteur interroge.

Dans son plus récent ouvrage, coécrit avec McDermott & Snyder (Wenger et al., 2002), Wenger confronte le modèle de CoP, précédemment développé, à d'autres formes de participation organisationnelle (i.e les communautés d'intérêts, les réseaux informels, les équipes projets) nous offrant ici, une définition en creux de ce que ne sont pas les communautés de pratique. Si ces auteurs ne nous convainquent pas toujours sur ce qui apparaît différencier les communautés de pratique d'autres formes de participation, la combinatoire (domaine-communauté-pratique) qu'ils développent est bien documentée et nous paraît utile à circonscrire les caractéristiques opérationnelles de ce construit. Enfin, la modélisation du cycle de vie des CoPs que ces auteurs proposent dans ce nouvel ouvrage, en donnant un caractère dynamique au processus de construction d'une communauté de pratique, ouvre la voie à des analyses en profondeur sur leur capacité de développement et d'évolution.

La mise en perspective des limites du modèle développé par Lave et Wenger (1991) et Wenger (1998), éclairée de quelques unes des remarques des chercheurs qui se sont intéressés à leurs travaux, nous amène à tenter d'en circonscrire les principales caractéristiques.

Ainsi, nous considérons la communauté de pratique comme un collectif d'individus qui partage, échange et construit de la connaissance autour d'un domaine d'intérêt ou d'une problématique spécifique qui les rallie. Partant, c'est bien un intérêt à partager autour d'un projet commun qui donne sens et valeur à la participation des membres et qui les tient ensemble.

Cette définition sous-entend que ce collectif regroupe des membres qui peuvent appartenir à des groupes professionnels différents mais dont le lien réside dans l'objet qui les fédère. Dans cette perspective nous concevons donc que ce sont les « pratiques » des membres qui forment la communauté. Cette proposition rejoint celle de Wick (2000) qui identifie la CoP comme un regroupement de professionnels qui partagent des responsabilités similaires et qui se rencontrent pour résoudre des problèmes concrets. La notion de « rencontre » est importante ici car elle sous-entend des rencontres en face à face, en un lieu donné qui vient circonscrire en quelque sorte les activités de la CoP et faire d'elle un « artefact narratif ».

Toutefois, les frontières de la communauté de pratique ne sont ni hermétiques – de nouveaux membres peuvent la rejoindre en fonction de leur intérêt pour le domaine – ni circonscrites à un seul lieu. Par exemple, un groupe de travail inter-sites qui se met en place spontanément pour définir de nouveaux modes de pratique dans une perspective de rapprochement futur, peut tout à fait remplir les critères d'une communauté de pratique, en autant que sa collaboration s'inscrive dans la durée et qu'une compréhension mutuelle du domaine en circonscrive les contours.

Enfin, il nous semble utile de préciser que les contours de la communauté ne peuvent être ramenés à la dimension d'une équipe fonctionnelle de soins ou d'une équipe projet, car ce ne sont ni les tâches quotidiennes à remplir, ni une instance hiérarchique, qui en structurent l'organisation, mais plutôt, l'intérêt partagé pour un domaine de savoir ou une problématique particulière qui fédère la rencontre des acteurs. La notion d'acteurs est ici plurielle et renvoie à une finalité acceptée par tous, celle d'une résolution collective et collaborative de problèmes rencontrés au décours des pratiques quotidiennes de travail.

Cette vision dynamique de la communauté renvoie à un apprentissage collectif continu autour d'une vision partagée qui passe nécessairement par une (re)définition des règles élaborées par le groupe, elles-mêmes enchâssées dans les procédures et règles dictées par l'organisation. Cette forme de régulation qui préside à l'émergence du groupe social comme acteur collectif (Reynaud, 1997, 1999) et qui n'apparaît pas explicitement dans le modèle développé par Wenger, nous paraît fondamentale pour construire le cadre d'analyse des logiques sous-jacentes à la construction des communautés de pratique.

Avant d'aborder plus explicitement la logique d'action des communautés de pratique sous l'angle de la régulation sociale, nous résumerons à l'aide du tableau suivant les principales caractéristiques opérationnelles du modèle de communauté de pratique que nous retenons.

Tableau I : Modèle structurant des communautés de pratique d'après Wenger, MacDermott et Snyder, 2002

Descripteur	Structure
Le domaine de savoir : une entreprise commune	Plateforme commune qui conforte le sens de l'appartenance et offre un cadre pour tester les idées, les conceptions des membres. La compréhension mutuelle du domaine est un point déterminant pour la CoP, c'est sa raison d'être. Le domaine peut évoluer au fil du temps en fonction des sujets qui font actualité pour les membres.
La communauté : un engagement mutuel	Fabrique sociale de l'apprentissage, l'interaction régulière est une donnée. Si le terme de communauté est un dérivé de commun cela ne signifie pas qu'il y a une uniformité (principe de négociation). Le leadership interne doit se développer et n'est pas l'apanage d'un seul membre (principe d'écologie). La participation se fait sur la base du volontariat, elle se fait car il s'agit de défendre l'intérêt commun et collectif. La taille influe sur la configuration : moins de 15, c'est un groupe intime, entre 15 et 150, c'est généralement plusieurs petits groupes constitués par sujet ou par secteur géographique.
La pratique : un répertoire partagé de ressources	Actions collectives de l'intention au résultat. Notamment, établir la base de connaissances communes, partagées par les membres. Des idées d'innovations émergent souvent lors du partage et du transfert de connaissances. Les objets de la pratique sont variés (théories, modèles, expériences passées, expertises, enseignements, etc.). La pratique s'appuiera sur des outils dont la configuration et l'utilisation seront négociées au sein du groupe.

II.2 – La régulation sociale : un principe organisateur pour les communautés de pratique

Si nous convenons que la communauté de pratique constitue une structure collective d'apprentissages capitalisant des connaissances tacites, et des façons de faire spécifiques en regard des projets qu'elle développe ou des problématiques qu'elle rencontre, en contexte de changement organisationnel, elle nous semble constituer un levier puissant pour accompagner ce dernier.

Dans l'objet qui nous occupe, nous pouvons présupposer que l'exercice de restructuration hospitalière à l'œuvre qui implique des micro-fusions d'unités de soins, brisent et dispersent, en partie ou en totalité, les communautés de pratique préexistantes. Leur recomposition ou l'émergence de nouvelles communautés, va nécessiter de la part des acteurs en présence, le développement de nouvelles stratégies d'interdépendance (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997) d'où émergeront de nouvelles représentations, alliances, normes, règles, et connaissances vues comme le produit de cette entité collective d'apprentissage. Ici, la mise en tension des dynamiques professionnelles implique une activité de régulation, que Reynaud (1997; 1999) nous invite à concevoir sous l'angle de l'action collective.

Cette approche de la régulation sous l'angle de l'acteur collectif nous permet de saisir l'organisation non plus à l'aune de ces normes et contraintes structurelles mais bien comme un système qui se façonne et se recompose dans l'action (Gaglio & Roblain, 2004). La démarche traditionnelle qui voyait l'individu au travail prisonnier d'un carcan institutionnel doit être abandonnée au profit d'une logique qui tend à considérer que ce sont « *les acteurs qui produisent le système (même s'ils ne savent pas d'avance ce qu'ils produiront), non le système qui détermine les acteurs* » (Reynaud, 1999, p. 6).

Ce « renversement épistémologique » initié par la théorie de la régulation sociale (TRS) offre une lecture dynamique de l'acteur collectif qui, dépassant le simple calcul des préférences et intérêts de chacun, va devoir construire un ordre, un engagement mutuel, un intérêt commun. Dans cette logique, la TRS développée par

Reynaud (1989; 1999) doit être comprise comme une théorie de l'échange social, car comme il nous le précise « *c'est la réciprocité de l'engagement qui est au fondement même des règles sociales* » (Reynaud, 1997, p. 234).

Bien que proche de la thèse de Friedberg (1997) qui voit au sein des « systèmes d'actions concrets » des relations de pouvoir entre acteurs stratégiques, Reynaud, réfute pourtant la seule fonction utilitariste du jeu individuel d'un acteur à la recherche de la maximisation de ses intérêts dans l'arène de l'action collective, pour défendre une analyse des relations de pouvoir ancrée dans la culture normative d'un groupe⁸. Ainsi, si pour Friedberg (1997, p. 237), le modèle d'intégration du comportement humain met en scène deux perspectives analytiques combinant la stratégie égoïste de l'acteur et celle de la cohérence finalisée de l'ensemble, pour Reynaud (1989), l'intégration est avant tout l'image d'une construction collective où se partagent des convictions et des valeurs communes, historiquement construites, qui guident l'action. Autrement dit, « *c'est dans la culture commune que les acteurs vont trouver des points de convergence de leurs attentes mutuelles et l'instrument d'une solution à un problème donné* » (Reynaud, 1991, p. 17).

Cette vision développée par l'auteur nous paraît proche du modèle de construction des communautés de pratique développé précédemment, et dont l'articulation repose sur une vision et des valeurs communes que les membres en présence vont construire et partager au décours de leurs échanges.

II.2.1 – L'activité de régulation : une variabilité de règles en concurrence

L'activité de régulation constitue une dynamique qui repose sur un ensemble de règles que la sociologie des organisations a traditionnellement classé en deux modes d'organisation des pouvoirs : l'un explicite constitué d'un ensemble de règles formelles, l'autre implicite autour de règles informelles.

⁸ - Avec la théorie de la régulation sociale, Reynaud tend à opposer la rationalité de l'échange social à la rationalité stratégique (Reynaud, 1997, p. 29).

Les premières symbolisent le pouvoir organisationnel bureaucratique à la lumière des règlements intérieurs, des contrats de travail et des procédures standardisées, qui viennent encadrer les pratiques de travail et en garantir le contrôle. L'orientation stratégique de ce type de régulation, consiste à « *peser de l'extérieur sur la régulation d'un groupe social* » (Reynaud, 1999, p. 161).

Quant aux secondes, elles émergent en marge de ces structures et procédures de décisions, à l'intérieur même des collectifs de travail qui vont chercher dans cette « régulation autonome » une zone d'indépendance et d'autonomie. Bricolée de l'intérieur et éminemment stratégique, cette forme de régulation porte les valeurs, le langage partagé des acteurs, et restitue en quelque sorte, la culture commune du groupe.

« La régulation autonome n'est pas officieuse ou informelle en ce sens qu'elle serait spontanée ou l'expression simple des convictions communes d'un groupe [...] C'est une régulation souvent très élaborée, qui est enseignée aux nouveaux venus et en partie imposée à ceux qui voudraient s'en écarter [...] Elle est donc bien la construction, avec ce que cela comporte de contrainte et d'apprentissage, d'un ensemble de normes sociales. » (Liu, 1981, p. 215)

II.2.2 – Les règles en question

Pour Reynaud, une variabilité de règles coexiste au sein de tout système de production. Pourtant, qu'elles soient autonomes ou de contrôle, élaborées spontanément ou par une procédure formalisée, adressées à des groupes restreints ou étendus, elles possèdent certaines caractéristiques semblables que l'auteur propose de catégoriser en trois propositions : 1) les règles n'ont de sens que rapportées aux fins d'un projet (action commune). En ce sens, elles sont toujours instrumentales ; 2) un ensemble de règles est lié à la constitution d'un groupe social. Il constitue son identité, fixe ses frontières. Il détermine qui appartient, mais aussi qui est exclu (communauté). Le champ de validité des règles est dépendant des frontières de l'acteur et de son environnement en même temps qu'il les détermine (environnement) ; 3) un ensemble de règles est lié à la position d'un acteur collectif dans un ensemble plus vaste (organisation). Il s'élabore donc dans un rapport social

ou plutôt dans des rapports sociaux d'alliance, d'opposition et de hiérarchie (Reynaud, 1997, pp. 80-81).

Enfin, les règles ne constituent pas un dispositif unique pour ordonner les échanges puisqu'elles en sont le produit, la matière première et dans cette perspective, leurs sources, leurs origines, leurs auteurs sont multiples. Toutefois, Reynaud en propose une typologie qui, bien qu'incomplète, a le mérite de s'appuyer sur une expertise de plus de vingt années sur le thème de la régulation et de l'action collective⁹ :

1. *Les règles d'efficacité*

À visée prescriptive, elles permettent d'orienter les opérations pour atteindre un but. Elles sont instrumentales par essence et immédiatement validées par le résultat (i.e. techniques de production).

2. *Les règles de coopérations et d'autorité*

Elles portent sur les façons convenues de travailler ensemble ou de décider collectivement « *qu'il s'agisse de l'échange d'informations, de l'examen d'un problème ou de l'arrêt d'une solution* (Reynaud, 1997, p. 81). Elles sont généralement validées par la rencontre des attentes mutuelles.

3. *Les règles qui portent sur la hiérarchie, la division du travail, l'organisation*

Elles touchent plus directement la répartition du pouvoir, même si les précédentes peuvent le faire aussi. Elles mettent l'accent sur la différenciation des rôles et des ressources qui leur sont assignées.

Les caractéristiques instrumentales de l'activité de régulation évoquées précédemment, ne constituent pas à elles seules la fonctionnalité de l'échange social. Comme se plaît à le rappeler Reynaud (1997, p. 62) « *une règle n'agit pas seulement comme un ordre ou comme une prescription. Certes, elle conseille une décision, mais souvent en permettant de définir une situation, de distinguer différents cas de figure et*

⁹ - L'auteur emprunte également à d'autres thèses et travaux, notamment à ceux E. Reynaud avec laquelle il a co-écrit « la régulation conjointe et ses dérèglements », *Le travail humain*, 1994 (57)3 ; puis in Reynaud, J.D. (1999), *Le conflit, la négociation et la règle*, Octares, Toulouse, pp. 227-241.

en précisant le sens de ces distinctions. Elle a par elle-même une valeur cognitive ». Ainsi, la valeur cognitive de la règle contribue à sa stabilité.

Le cadre théorique de la régulation sociale développé dans cette partie vient offrir un éclairage pertinent pour repenser le modèle de « communauté de pratique » que nous développons dans la partie précédente. Subséquemment, si la régulation au sens défini par Reynaud (1989, p. 280), « *est une opération par laquelle se constitue une communauté autour d'un projet* », cette assertion soutient l'idée d'une rationalité commune à ceux qui habitent le système, c'est à dire un sens collectif ou commun à négocier et à construire à partir des divisions et des oppositions à l'intérieur de ce système.

Ici, le processus de régulation sociale qui s'exerce permet non seulement la constitution et l'organisation de la communauté, mais également son maintien dans la mesure où chacun des membres a contribué à la formulation des règles communes.

Chapitre III : Charpente conceptuelle

Comme nous le développons en introduction de cette étude, les hôpitaux sont des pôles de savoirs experts au sein desquels les différents corps professionnels possèdent une autonomie et un contrôle importants sur la production des soins. Dans ce contexte, la reconfiguration des unités opérationnelles ne peut faire l'impasse d'une collaboration à reconstruire entre les différents acteurs cliniques, confrontés au changement et qui vont devoir redéfinir leurs « façons de faire » dans la perspective d'une harmonisation des pratiques à compléter.

Dans ce contexte, nous émettons la proposition qu'à la suite d'une déconstruction ou d'une déstabilisation importante des collectifs de travail intervenant à la suite du regroupement d'unités de soins, une phase de (re)construction va s'élaborer. Celle-ci s'ébauche sur la base de nouvelles façons de faire à redéfinir et à partager, et d'une autorégulation qui va venir structurer les échanges au sein des groupes. Par ailleurs, à l'externe la structure administrative par le jeu de la régulation de contrôle, pénètre à tout moment le centre opérationnel cherchant à en modifier les stratégies ou à en contrôler les enjeux. Autrement dit, le processus de changement prend vie dans une dialectique d'ordre et de désordre, de jeux de régulations autonomes et de contrôle qui au fil du temps, vont structurer l'identité collective des acteurs en présence.

La modélisation conceptuelle que nous retenons pour cette étude vise à appréhender le changement dans une perspective situationnelle, sous l'angle de la compétence des acteurs à accompagner ce processus. Partant, la reconfiguration d'unités cliniques que nous allons suivre cherchera à mettre à jour le rôle joué par les communautés de pratiques dans cet exercice. Plus spécifiquement notre recherche vise à répondre à une question générale de recherche :

Comment se (re)construisent les communautés de pratique dans un contexte de fusion hospitalière ?

Une question qui s'accompagne de deux sous-questions :

1. *Comment l'articulation entre les trois piliers que sont l'engagement mutuel, l'entreprise commune et un répertoire partagé construits au décours d'interactions régulières, contribue à la structuration de la communauté ?*
2. *Quel est le rôle joué par l'activité de régulation autonome et de contrôle dans ce processus ?*

La conception que nous proposons de la communauté de pratique met en tension trois caractéristiques dynamiques :

- 1) une structure sociale dont la cohérence principale réside dans **l'entreprise commune** des acteurs autour d'un domaine ou d'un objet commun qui les rallie;
- 2) **un engagement mutuel** qui implique un processus collectif et permanent d'apprentissage, de négociation de sens autour d'une collaboration de pratiques à redéfinir ;
- 3) **un répertoire partagé** qui se construit dans et pour l'action et qui inclut un langage commun, des façons de faire, des connaissances tacites et explicites que la communauté va produire et adopter et qui va en quelque sorte sceller l'appartenance des membres du groupe.

Quatre éléments structurants viennent consolider le modèle de communauté de pratique (CoP) que nous proposons

- le **domaine** particulier qui va être en quelque sorte la plate-forme commune des membres de la CoP que celui-ci soit en lien avec des connaissances et façons de faire à redéfinir ou avec une problématique spécifique à résoudre dans le contexte du changement;

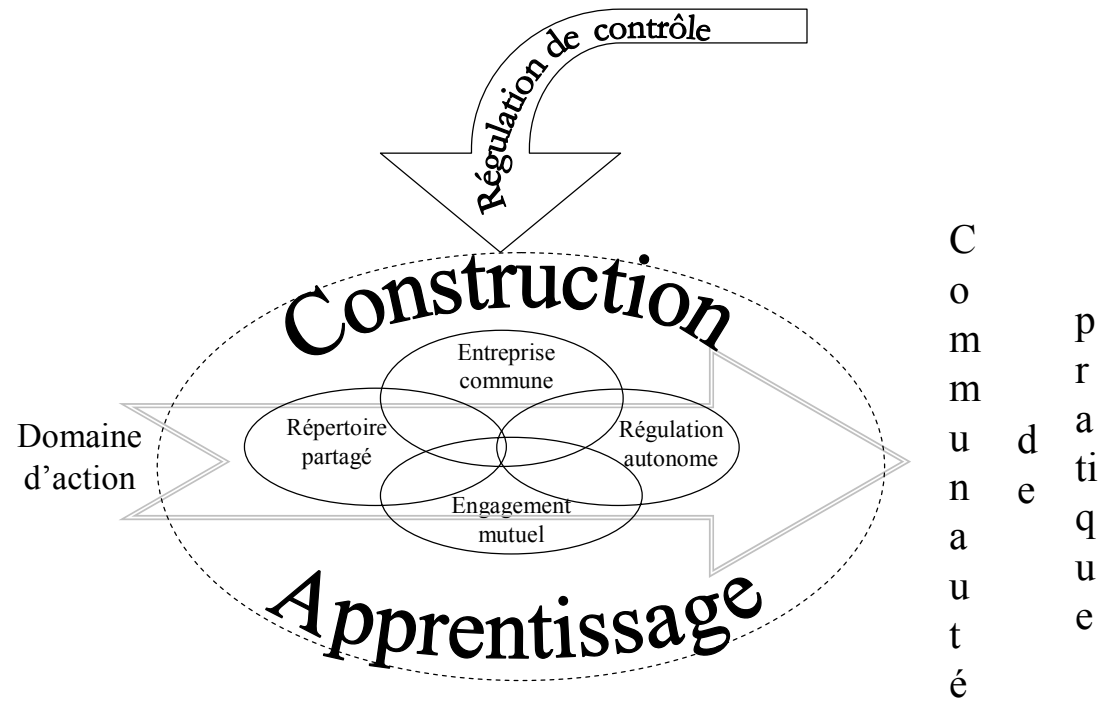
- la **communauté** comme **lieu d'interactions et d'apprentissages individuels et collectifs**, lieu de capitalisation des connaissances et des façons de faire spécifiques en regard des projets portés ou des problématiques abordées;
- la **pratique** vue comme **une construction d'actions collectives** de l'intention au résultat qui permet d'établir une base de connaissances partagée par les membres;
- un processus de **régulation** qui vient organiser ce système d'action concret autour de la production de règles communes. Ici, ce n'est pas tant l'énoncé de la règle qui retient notre attention que la dynamique de régulation en elle-même, qui permet la constitution et l'organisation de la communauté.

À la suite de Reynaud (1989; 1997) nous retiendrons une double composante à cette activité de régulation :

- 1) une dimension **autonome** qui résulte d'ajustements spontanés entre les acteurs de la communauté qui, à l'intérieur du cadre de leur rencontre, vont définir les conditions de leur coopération autour de règles consenties par tous;
- 2) une dimension de **contrôle** – en référence au modèle bureaucratique – celle de l'organisation et de ses dirigeants, concrétisée par le pouvoir de contraindre selon la logique des règles, normes et procédures en vigueur et qui n'est pas sans exercer une certaine contrainte sur la régulation autonome.

L'ensemble des éléments du cadre conceptuel est schématisé dans la figure de la page suivante.

Figure 2 : Le modèle dynamique de construction d'une communauté de pratique



Chapitre IV : Stratégie de recherche

IV.1 – Méthodologie de la recherche

Nous avons fait le choix d'une approche qualitative en nous basant sur les conceptions de la méthode d'étude de cas qui, pour nombre d'auteurs, se révèle une approche adéquate pour étudier de façon compréhensive, des phénomènes complexes, ancrés dans un contexte de vie réelle et sur lesquels, les chercheurs ont peu de contrôle (Eisenhardt, 1989; Huberman & Miles, 1991; Wacheux, 1996; Yin, 1989). Notre étude qui s'inscrit dans une perspective situationnelle et qui vise à comprendre le phénomène de reconstruction des communautés de pratique en contexte de fusion hospitalière correspond parfaitement à ce cadre. Dans ce contexte, il s'agit pour nous de reconstituer une histoire qui s'inscrit dans le temps et qui permet la mise en forme d'une chaîne d'événements liés au contexte du changement induit par la fusion et dans laquelle les actions et apprentissages « chemin faisant » des acteurs en présence, ont une place centrale. À la suite de Yin (1989, p. 23), nous conviendrons que cette recherche peut être considérée comme :

« [...] an empirical inquiry that : 1) investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, when ; 2) the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident, and in which ; 3) multiple sources of evidence are used »

Les cas à l'étude prennent comme point de départ l'exercice d'intégration à la fusion d'unités cliniques initialement dispersées au sein des trois hôpitaux universitaires francophones, constituant le CHU^á. Il s'agit donc d'un design de cas multiples avec plusieurs unités d'analyse imbriquées (Yin, 1989). Notons que ces établissements possèdent des caractéristiques comparables : 1) ce sont des hôpitaux universitaires à vocation de soins spécialisés et ultra spécialisés, inscrits dans des activités de recherche et d'enseignement; 2) localisés dans la région de Montréal; 3) engagés dans un processus de fusion depuis 1996 qui, selon le dernier scénario retenu, devrait aboutir à un regroupement complet sur un seul site en 2010.

Nonobstant ces caractéristiques communes, nous conviendrons que chaque hôpital possède sa propre culture ancrée dans une histoire spécifique et unique, forgée par de longues années d'existence qui dépassent pour certaines, plus d'un siècle. Partant, les données recueillies entendent restituer une information dense et riche qui donne préséance au déroulement chronologique des événements et à la mise en acte d'actions concrètes initiées par les acteurs inscrits dans le processus de changement. En ce sens, la démarche qualitative, parce qu'elle offre une grande souplesse procédurale autorisant des allers-retours fréquents entre le cadre théorique et les données de terrain, nous semble tout à fait appropriée à ce contexte.

IV.2 – La collecte des données

IV.2.1 – Prise de connaissance du terrain et sélection des cas

La première phase à visée exploratoire, entendait répondre à un triple objectif : 1) valider les conditions d'accès au terrain tant auprès de l'équipe dirigeante que des chefs de départements ou de services concernés ; 2) nous familiariser avec la dynamique de fusion engagée entre ces trois entités hospitalo-universitaire francophones ; 3) localiser les structures susceptibles de correspondre aux caractéristiques d'une communauté de pratique c'est à dire : une entreprise commune dont la pratique partagée résulte d'un apprentissage collectif avec comme point de départ un engagement proactif dans la dynamique de changement induit par la fusion.

L'atteinte du premier objectif a été grandement facilitée par l'environnement de recherche dans lequel nous nous situons. En effet, notre recherche doctorale qui prend place à l'intérieur d'un programme de recherche longitudinal sur le cas des fusions hospitalières au Québec, bénéficie de l'expérience et de l'expertise solide d'une équipe de recherche dont les travaux des dix dernières années témoignent (Denis et al., 1999; Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999; Denis et al., 1995; Denis, Langley, & Pineault, 2000; Denis, Langley, & Rouleau, 2004). Cette expertise combinée à un partenariat de recherche en cours avec l'équipe dirigeante du CHU^á, nous a tenu lieu de « carte de visite » favorisant grandement nos conditions d'accès

au terrain. Soulignons par ailleurs que le fait d'appartenir soi-même à une communauté professionnelle hospitalière, constitue un élément d'intégration non négligeable.

Les deux objectifs suivants ont été réalisés sur une période six mois, entre janvier et juillet 2002 et visaient à nous permettre de répondre à la question suivante : quels sites étudier ? Dès cette étape, nous avons débuté la rédaction d'un carnet de notes de terrain. Cette prise de notes au fur et à mesure des informations obtenues et des situations rencontrées, nous a permis de nous imprégner du climat micro et macro social de la dynamique de fusion engagée en en retraçant les principaux événements.

La collecte d'informations constituée à partir du contenu des réunions de l'équipe de recherche, de la lecture systématique de la revue de presse concernant les nombreux rebondissements du projet de fusion, de la consultation des documents internes, tels que la revue des opérations 2000 ainsi que notre présence aux séances publiques du conseil d'administration du CHUá durant cette période, nous a permis de constituer une banque de données topologiques – un préalable nécessaire à notre compréhension du phénomène à l'étude – à partir de laquelle les actions posées par les acteurs en présence, prenaient sens.

Au cours de cette même période, et pour des raisons similaires à celles évoquées précédemment, nous avons réalisé six (6) entrevues exploratoires auprès d'acteurs clés de l'organisation :

Tableau II : Calendrier des entrevues et position des informateurs – Phase exploratoire

Date de l'entrevue	Position au CHUá
14-03-02	Responsable volet performance clinique dans la revue des opérations
23-05-02	Directeur des services hospitalier (DSH)
27-06-02	Directeur des services professionnels (DSP)
13-06-02	Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
24-07-02	Doyen de la faculté de médecine
28-11-02	Directeur de la recherche clinique

Ces entrevues complétées par une recension des travaux déjà existants concernant la situation à l'étude¹⁰, nous ont permis de cerner adéquatement notre objet de recherche et partant, d'identifier les cas en fonction de leur pertinence théorique, c'est-à-dire susceptibles de nous permettre d'identifier des communautés de pratique potentielles. Ici deux caractéristiques retenaient particulièrement notre attention : 1) la « source de bruit » ou le déséquilibre constituant le point de départ de l'action collective de la communauté; 2) la volonté d'apprentissage manifeste des unités à l'étude. Le tableau suivant présente les trois structures initialement retenues ainsi que les événements critiques qui ont déterminé notre choix.

Tableau III : Choix initial des unités à l'étude au cours de la phase exploratoire - CHUá 2002

Structures	Unités de lieu	Événements critiques
Département de gynécologie-obstétrique	Mère-Enfant	1) 1ère structure ayant mis en acte la fusion avec un regroupement des activités d'obstétrique initié dès l'été 1997. L'unité d'obstétrique de B et son personnel intègrent la structure existante à C. 2) Constitution d'un comité de travail en 1996 visant la redéfinition du concept mère-enfant en contexte de fusion
Service de gériatrie dépendant du département de médecine interne	UCDG (unité de courte durée gériatrique)	1) Nomination du chef de service CHUá provoque le départ massif des médecins de l'UCDG de B en 1998. La réorganisation de l'activité médicale en contexte de moindre effectif entraîne la décision de fermeture de l'UCDG de A avec transfert de 10 lits d'hospitalisation et une partie du personnel sur la structure existante à C au cours de l'été 1998. 2) Constitution d'un comité interprofessionnel dès les 1ères étapes de la réorganisation
Département de psychiatrie	Non déterminée à ce stade	1) Volonté de changement qui s'affirme par la voix du chef de département nouvellement nommé (octobre 2003) Mise en place d'un comité de planification stratégique (psychiatres des 2 sites). L'objectif est de trouver un consensus sur les orientations du département dans une perspective CHUá

¹⁰ - Nous référons ici aux travaux réalisés par l'équipe de recherche (Denis et al., 1999; Denis et al., 1999; Denis et al., 2000) ou ceux d'étudiants (Faucher, 1999).

La dernière étape de cette phase exploratoire a été complétée par une entrevue réalisée auprès des trois médecins chefs, responsables des départements et service retenus. Celles-ci se sont déroulées au cours de l'été 2003 et visaient d'une part, à présenter notre projet et à obtenir leur consentement à la recherche et, d'autre part, à établir plus précisément la chronologie des événements liés au changement dans leurs services et l'impact de ceux-ci sur les dynamiques professionnelles. Ces entrevues en amont se sont avérées indispensables pour l'identification de nos unités d'analyse. En effet, c'est à l'issue de ces entrevues que nous avons pu nous faire une idée précise des groupes d'acteurs à étudier, des personnes à rencontrer, des lieux ou projets susceptibles de rendre compte des dynamiques professionnelles à l'œuvre. Bien entendu, ces entrevues n'ont pas déterminé à elles seules, l'échantillonnage théorique complet de la recherche. En accord avec Huberman & Miles (1991, pp. 62-63), nous soulignerons qu'il s'est constitué « chemin faisant » par un long processus itératif d'investigation, au fur et à mesure de notre compréhension du phénomène à l'étude avec en filigrane, nos questions de recherche et notre cadre conceptuel initial.

Ainsi, bien qu'ayant tablé initialement sur trois cas, nous avons dû nous résoudre à n'en étudier que deux. Le départ prématuré et subit du chef de département de psychiatrie, qui nous avait convié à suivre les travaux du comité de planification initiant en cela notre entrée sur le terrain, et la situation de crise vécue par ce département en butte à l'attrition brutale des ressources médicales, ont fortement ralenti notre accès au terrain, nous amenant à réviser notre calendrier de recherche. Notre choix définitif s'est donc arrêté sur un *design* de recherche incluant deux cas, soit les terrains de gériatrie et d'obstétrique du CHUá.

IV.2.2 – Les sources de données

Le propre de l'étude de cas est de permettre la combinaison de plusieurs sources d'information qui, confrontées les unes aux autres, constitueront une première forme de triangulation visant à augmenter la puissance des résultats de la recherche. Dans le cadre de cette étude nous avons fait appel à deux types de matériaux : invoqués avec les données de recherche documentaire et suscitées par le biais d'interactions par

entrevue ou observation entre nous et les sujets ou groupes à l'étude (Van der Maren, 1995). L'ensemble de ce matériel visait à nous permettre de saisir les pratiques des acteurs en présence et le sens qu'ils donnent à leurs actions ainsi que les dynamiques de régulation qui se créent à l'intérieur des groupes¹¹.

IV.2.2.1 – L'analyse documentaire

Les productions invoquées font référence aux documents internes qui permettent de mettre en contexte, de suivre l'évolution et la production des communautés de pratique. Ici, les procès-verbaux de réunions des membres dès leur première rencontre, les documents de travail réalisés par eux au fur et à mesure de leur apprentissage, ainsi que les projets développés subséquemment, ont été l'objet d'une lecture attentive. Pour chaque document une fiche synthèse a été élaborée et jointe à ce dernier. Cette technique, recommandée par Huberman & Miles (1991), permet non seulement de situer le document dans son contexte et d'en faire un résumé synthétique, mais dans notre cas, elle constituait également un préalable nécessaire pour l'opération de codage ultérieur avec le logiciel de traitement de données qualitatives N'Vivo.

IV.2.2.2 – Les entrevues

Nous avons privilégié la méthode par entrevues semi-dirigées qui offre un cadre d'interaction souple, sujet à modification au fur et à mesure des entrevues (Patton, 1990). En dehors de la phase exploratoire, abordée précédemment, les guides d'entrevues ont été construits de façon à saisir le contexte d'action des communautés de pratique et la mise en acte du changement qu'elles avaient initiés. Se faisant, nous avons privilégié deux types de rencontre : 1) celles avec des informateurs clés, directement engagés dans le processus de fusion; 2) celles avec les membres des communautés de pratique existantes ou avec des acteurs qui gravitaient à leur périphérie. Dans ce contexte, une trentaine d'entrevues ont été réalisées auprès de médecins, d'infirmières et de professionnels qui répondaient à ces critères. Pour les

¹¹ - Les différentes sources d'information (documents, entrevues et observations) que nous avons

identifier, nous avons eu recours à deux techniques : 1) repérage lors de la consultation de documents qui donnaient à voir de leur implication dans le dossier de fusion ; 2) par boule de neige, en conviant nos informateurs en fin d'entrevue à nous fournir le nom de personnes à rencontrer. Pour chacune des entrevues et conformément aux règles d'éthiques en vigueur à l'université de Montréal, un formulaire de consentement et un engagement à la confidentialité des données ont été signés conjointement par la chercheuse et les participants à l'étude. Le tableau suivant présente une synthèse des thèmes abordés ainsi que leur lien avec le cadre conceptuel initial.

Tableau IV : Synthèse des thèmes abordés au cours des entrevues

Thèmes abordés	Information recherchée	En lien avec conception
La chronologie des événements associés à l'intégration à la fusion dans l'unité à l'étude (événements critiques)	« Source de bruit » ou déséquilibre Facteurs facilitant ou contraignant le processus	Contexte de l'action
La mise en acte du changement au sein de l'équipe (quoi, comment)	Dynamique mise en place pour harmoniser les pratiques ; Émergence et production de sens autour d'un projet commun à redéfinir ; Changements perçus au sein des pratiques au fur et à mesure des apprentissages ; Émergence de nouvelles façons de faire, de nouveaux projets ; Identité du groupe - Appartenance	Apprentissage situationnel et production de la CoP Mise en place d'une plateforme commune Partage et transfert de connaissances Innovation Modèles Règles d'efficacité
Le rôle et l'influence des acteurs clés dans ce processus mis en acte (qui)	Rôle du leadership dans le processus de collaboration engagée Co-construction d'une régulation autonome Influence du cadre institutionnel	Règles de coopération et d'identité Hiérarchie, division du travail Règles organisationnelles
Perception de la situation actuelle	Évolution de la CoP	Stabilité, transformation, production

exploitées sont présentées sous forme de tableaux en annexe.

IV.2.2.3 – *Les observations*

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une forme d'observation participante périphérique qui suppose un certain degré d'implication pour saisir de l'intérieur les activités des unités à l'étude, sans être pour autant au centre de ces activités¹². Les données d'observation constituent une part importante de notre collecte de données. À visée descriptive, ces observations entendaient rendre compte de deux phénomènes : 1) saisir les dynamiques d'apprentissages co-construites et les modes de régulation collectifs et institutionnels, notamment lors des réunions programmées des communautés de pratique; 2) rendre compte de l'impact de la production des CoPs sur le fonctionnement organisationnel et clinique des unités, notamment en ce qui a trait aux routines, façons de faire, règles de coopération, codes de langage, résultant de cette co-expertise.

De façon générale, nous avons privilégié les situations d'interactions qui structurent les échanges entre acteurs autour d'apprentissages à faire, d'accords à négocier. Les observations effectuées lors des réunions d'équipe ont respecté le déroulement de ces dernières et s'étendaient sur une période d'une à deux heures, toujours tôt le matin, c'est-à-dire avant l'effervescence liée à la production des soins. Les observations dédiées au fonctionnement organisationnel et clinique se sont déroulées sur des périodes d'une semaine en variant les quarts de travail et les sites d'observation ou sur une période ponctuelle d'une heure ou un peu plus, lors des réunions cliniques multidisciplinaires hebdomadaires par exemple. Outre la transcription de notes d'observation sur les échanges à l'intérieur du groupe, nous avons pris l'habitude d'inclure quelques réflexions personnelles sur ce que les situations d'interactions nous évoquaient ou sur des points précis que nous souhaitions reprendre lors des entrevues avec les acteurs. Ce journal réflexif au sens de Guba & Lincoln (1994, pp. 327-328) était tenu en marge des réunions, immédiatement après les périodes d'observation, afin de ne pas perdre d'informations essentielles.

¹² - Selon Adler P.A. & Adler P. (1987) la position du chercheur renvoie à trois formes d'appartenance au terrain : l'appartenance périphérique (*peripheral Membership*), l'appartenance active (*active Membership*) et l'appartenance complète (*complete Membership*).

IV.3 – Cheminement de la recherche

À l'intérieur des balises que constituaient notre question de recherche et notre charpente conceptuelle initiale, plusieurs investigations correspondant à des étapes successives, ont structuré notre démarche. Au total, la collecte des données de recherche proprement dite aura duré deux ans, découpées en plusieurs phases. Un tableau récapitulatif de la démarche est présenté à la fin de cette section.

IV.3. 1 – La première phase de la recherche

Elle a débuté par des séquences d'observations sur le site de gériatrie. Stratégiquement, il nous fallait déterminer des lieux où la mise en scène de la vie quotidienne d'une CoP, vue comme une plate-forme commune d'apprentissage était susceptible d'être appréhendée.

Nous avons saisi l'opportunité de la démarche d'autoévaluation réalisée par ce service dans le cadre de la démarche d'agrément 2004, qui mettait en présence un groupe d'acteurs multidisciplinaires – dont certains étaient identifiés par la direction comme des leaders dans le dossier de la fusion – pour solliciter notre participation à ce groupe en qualité d'observatrice.

Une rencontre préalable avec les responsables de la Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance (DGIQP) de l'hôpital et l'obtention de l'accord du chef de service de gériatrie, ont été le point de départ d'une première période d'observation qui s'est déroulée de septembre 2003 à avril 2004¹³. Durant cette période, nous avons pu identifier de façon précise les leaders du groupe, ceux pour qui l'engagement autour de projets communs faisait sens et constituait une étape préalable à la collaboration. Ces membres se connaissaient bien, avaient développé des liens d'appartenance construits à partir d'apprentissages collectifs successifs. En cela, ils se démarquaient d'autres membres du groupe constitué que seule la

¹³ - Les réunions de l'équipe multidisciplinaire constituées sur une base volontaire, étaient programmées tous les 15 jours, à raison d'1h ½ en moyenne, en alternance sur les sites des hôpitaux B et C.

démarche d'agrément mettait provisoirement en présence. C'est à partir de ce noyau d'acteurs identifié que nous avons reconstitué la dynamique de construction de la CoP.

Parallèlement aux séances de travail du groupe, nous avons réalisé des entrevues auprès de ces acteurs clés, reprenant avec eux la chronologie des événements liés à la fusion de leur unité, leur implication dans le processus d'intégration des activités cliniques, leurs motivations à participer à cette (re)construction identitaire, la dynamique interprofessionnelle telle qu'il l'avait vécue pendant cette période de transition.

Conjointement, nous avons effectué une analyse documentaire, nous intéressant spécifiquement aux événements antérieurs qui avaient marqué le point de départ et l'évolution de cette CoP et dont nous ignorions la dynamique de construction. Ainsi, les différents procès verbaux des réunions du groupe, les documents faisant état des projets et objectifs réalisés par la communauté, ont été étudiés, nous donnant, une somme d'informations pertinentes sur la production de cette dernière. Au total, en accord avec les principes méthodologiques de la théorie ancrée (Strauss & Corbin, 1990), un va et vient continu entre les observations effectuées au cours des réunions du groupe de travail sur l'agrément et l'étude de documents, nous ont permis d'amasser un matériau dense et riche qui est venu alimenter le processus d'analyse au fur et à mesure.

IV.3. 2 –La deuxième phase de la recherche

Elle s'est particulièrement intéressée à la pratique de la communauté à l'étude, c'est-à-dire à ses actions collectives de l'intention au résultat. En nous appuyant sur les informations recueillies lors de la première phase, nous avons réalisé plusieurs périodes d'immersion dans les lieux où les outils, les façons de faire, collectivement établis par la communauté se diffusaient à la grandeur de l'unité. Ainsi, le poste de soins considéré comme le carrefour de l'activité clinique, l'unité ambulatoire d'évaluation du profil gériatrique – un projet abouti de la communauté de pratique ou

encore la réunion clinique multidisciplinaire hebdomadaire, lieu d'expression du jugement clinique des professionnels, ont été l'objet de séquences d'observation répétées.

En ce qui a trait aux périodes d'observation réalisées au poste de soins et à l'unité ambulatoire, nous nous sommes inspirée de la méthode utilisée par Lamothe (1996) lors de sa propre recherche doctorale. Ainsi, la consultation et la prise de notes à partir de documents pertinents réalisés par la communauté et centralisés au poste de soins ou à l'accueil de l'unité ambulatoire, nous permettaient de nous y installer et d'appréhender les activités de la vie quotidienne de l'équipe sans que celle-ci se sente observée. Outre l'intérêt de nous octroyer une relative invisibilité dans la sphère de l'organisation et de la mise en acte des soins, cette position rendait plus facile les interactions informelles entre nous et les membres de l'équipe. Notons que cette méthode d'observation directe a déjà fait l'objet d'une validation antérieure, notamment grâce aux travaux réalisés par Peneff (1992, 2000) en milieu hospitalier en France.

Le processus de collecte de données a suivi sensiblement le même cheminement pour l'unité Mère-Enfant, notre deuxième cas à l'étude. Notre immersion sur ce terrain s'est effectuée en septembre 2004, en utilisant une fois de plus la carte de la Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance (DGIQP) de l'hôpital pour nous introduire dans le comité d'amélioration continue de ce secteur. Ce groupe, composé de professionnels médecins et non médecins, préexistant au projet de fusion hospitalière mais recomposé à l'issue du regroupement des activités d'obstétriques sur un seul site, donnait l'image d'une communauté dynamique, engagée dans un processus permanent d'amélioration de leurs pratiques et dont l'intérêt commun visait le développement d'un modèle intégré mère-enfant. D'ailleurs le caractère proactif de cette équipe avait déjà été souligné tant par l'équipe de direction de l'hôpital que dans le rapport déposé par le comité d'évaluation lors de la démarche d'agrément en 2000.

Au cours de cette première phase qui s'est prolongée sur douze mois, nous avons suivi les travaux de ce groupe qui se réunissait une fois par mois, tôt le matin pour une période de deux à trois heures. Il s'agissait pour nous d'identifier les

manifestations et comportements liés aux apprentissages réalisés par le groupe, les interactions entre les membres sur la base de leur position institutionnelle respective. Parallèlement à cette activité, et dans la même perspective que pour le cas précédent, nous avons cherché à retracer les événements critiques liés à la fermeture du secteur Mère-Enfant de l'hôpital B en 1997 et au transfert de ses activités et du personnel soignant sur la structure existante de l'hôpital C. Dans ce contexte, nous avons mené une ronde d'entrevues auprès d'informateurs clés qui avaient participé à cet exercice de restructuration majeure, cherchant non seulement à en établir avec eux la chronologie, mais également à recueillir leurs perceptions sur les enjeux et le rôle qu'ils avaient joué dans ce contexte.

L'ensemble du matériel collecté lors des entrevues a été conjugué à celui obtenu par une lecture attentive d'un ensemble de documents (documents et procédures de travail, minutes de réunions de service aux temps forts de la fusion, etc) venant compléter ou préciser l'information déjà obtenue. Enfin, comme dans le cas de la gériatrie, la première phase de la collecte a été complétée par des entrevues menées auprès des membres de la communauté et par une analyse des documents voire des outils produits par cette dernière. Il s'agissait, une fois encore de retracer l'histoire de cette communauté, son émergence dans le contexte de la fusion ou encore la réactivation d'une communauté préexistante dans le contexte du changement engagé.

Enfin, la deuxième phase a consisté en une période d'immersion d'une semaine dans chacune des trois sous-unités qui composent le service : le service de néonatalogie, le post-partum et la salle d'accouchement. Le but étant, comme pour la gériatrie, de saisir les retombées de la production de la communauté sur les dynamiques professionnelles en repérant les nouveaux savoirs faire, les répertoires partagés au sein d'une équipe de soins recomposée et réifiés sous formes de nouvelles procédures.

Le tableau suivant résume la démarche de collecte de données pour les deux cas à l'étude depuis la phase exploratoire.

Tableau V : Récapitulatif de la démarche de collecte des données réalisée entre 2002-2005

Période	Phase	Type	Détail	Fréq
2002 Janv/juil	Exploratoire	Entrevues	(C.f. Tableau 2)	6
		Analyse documentaire	Synthèse revue de presse de 1998 à 2001	
			Revue des opérations Rapport final (2001) Plan directeur du CHUá 2001 (SICHUM)	1 1
2002/2005		Observation	Séance publique CA CHUá	1/m
2003-04 Sept/juin	Collecte cas 1 Gériatrie	Observation	Comité interprofessionnel	19
			Poste de soins UCDG	8
			UEUGJ (unit.éval. interdisciplinaire gériatrique d'un jour)	6
			Formation chute	1
Sous-comité objectif 1 : développer un plan d'intervention individualisé	3			
Réunion multidisciplinaire	5			
Analyse documentaire	Compte rendu comités (1999 à 2001)	3		
	Compte rendu sous-comité (dévelop. PII)	1		
	Document PAFI	1		
Document de travail UCDG				
Entrevues	Médecins, corps infirmiers, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute	15		
2004-2005 Sept/sept	Collecte cas 2 Secteur Mère-Enfant	Observation	CAC	8
			Néonatalogie	3
			Salle d'accouchement	3
			Post-partum	2
2002/2005	Analyse documentaire	Projet soins combinés mère/enfant	1	
		Compte rendu comité de pilotage changement (1998-99)	10	
		Compte rendu groupe référence (1998-99)	8	
		Compte rendu réunion d'équipe (3 quarts) soins combinés mère/enfant	4	
		Compte rendu CAC (1999 à 2001)	26	
Entente syndicale	2			
Entrevue	Médecin, corps infirmier, travailleur social, représentant syndical, cadre intermédiaire	15		

IV.4 – L'analyse des données

IV.4.1 – Démarche d'analyse

L'accumulation d'informations en diversifiant les sources d'évidence a permis l'enrichissement, la mise en question, le contrôle et la vérification des données dont le traitement et l'analyse se sont faits au travers d'un processus itératif que nous pouvons résumer en prenant appui sur le modèle développé par Huberman & Miles (1991).

Tableau VI : Canevas de la procédure d'analyse des données inspiré du modèle d'Huberman & Miles (1991)

Phases	Activités	Applications
Condensation des données	Organisation des données brutes figurant dans les notes de terrain, intervenant à toutes les étapes du projet afin de rendre compréhensible l'information dense collectée lors des entrevues, des observations ou des synthèses documentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation de fiches synthèses sur les observations et les documents consultés ▪ Fiches synthétiques des entrevues à partir des transcriptions complètes
Présentation et codification des données	Construction de formats pour rassembler l'information obtenue afin de la rendre directement accessible au jugement analytique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'une structure arborescente (arbre) de codification afin de mettre en forme les grandes catégories (thèmes). Codage large de 10 entrevues à partir du modèle conceptuel initial. ▪ Sortie d'un le rapport de code et analyse préliminaire pour vérifier correspondance entre contenu et codes et l'identification de codes libres. ▪ Rédaction de mémos visant à noter certains faits pris au vol lors de la lecture des fiches synthèses et utiles pour les interprétations et analyses ultérieures. ▪ Codage du reste du matériel en intégrant les codes libres sous des codes « parents » (nœuds).
Validation de la 1ère version des cas	Construction narrative chronologique décomposée en deux périodes : le contexte correspondant à l'ante fusion la construction par phases successives des communautés observées à partir du modèle de cycle de vie des CoP et des éléments du cadre conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modélisation en cinq phases des CoP en utilisant le modèle du cycle de vie d'une CoP développé par Wenger, Mc Dermott & Snyder (2002)
Validation de la 2ème version des cas	Rédaction des cas après analyse en profondeur à partir des caractéristiques dynamiques et des éléments structurants des CoPs développés dans le modèle conceptuel.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableaux chronologiques et de synthèses pour chacun des cas étudiés

Dans le cadre de notre démarche, nous avons choisi de combiner deux stratégies d'analyse de données :

- 1) une décomposition temporelle visant à saisir les dynamiques organisationnelles à l'œuvre dans le processus de fusion engagé. Cette stratégie adoptée par nombre de chercheurs (Côté, 1995; Côté, Langley, & Pasquero, 1996; Denis et al., 1995; Langley, 1999) permet des découpages qui constituent autant d'unités d'analyse comparatives permettant, au sens décrit par Langley (1999), un ordonnancement temporel de récits d'événements et d'activités qui contribuent à situer l'action dans le temps. Cette décomposition temporelle des données processuelles nous a permis non seulement de retracer historiquement les événements et activités critiques des cas à l'étude depuis la signature du protocole d'entente du CHU^á en septembre 1996, mais aussi de donner à voir du processus dynamique de construction et de développement des CoP au fur et à mesure de leurs apprentissages.
- 2) une comparaison systématique des traces verbales obtenues au cours des entrevues selon l'approche de "grounded theory" (Strauss & Corbin, 1990), et leur regroupement systématique en catégories et sous catégories tout au long de la collecte des données. Cette stratégie d'analyse au fur et à mesure de la collecte visait à nous offrir une lecture transversale des événements, plus à même de nous renseigner sur la dynamique des groupes ainsi que sur l'apparition de variabilités entre les cas.

« To capture process analytically, one must show the evolving nature of events by noting why and how action/interaction-in the form of events, doings, or happenings- will change, stay the same, or regress, why there is progression of events or what enables continuity of a line of action/interaction, in the face of changing conditions, and with what consequences. » (Strauss & Corbin, 1990, p.144)

IV.5 – Critères de validité de la recherche

Plusieurs règles méthodologiques peuvent être appliquées afin d'augmenter la validité des résultats de la recherche qualitative. L'utilisation de la triangulation par le recours à plusieurs sources d'information, leur confrontation à la recherche de concordance, ainsi que la révision du matériel collecté par des informateurs-clés sont quelques-unes des règles fréquemment utilisées dans le cadre de recherche qualitative. Outre ces démarches, certains auteurs estiment qu'une présence prolongée sur le terrain ainsi que la fréquence des temps d'observation, sont nécessaires à la crédibilité de la recherche (Altheide & Johnson, 1998; Guba & Lincoln, 1994; Lincoln & Guba, 1985).

Dans le cadre de notre recherche, le recours aux notes de terrain a été la première activité à laquelle nous nous sommes astreinte pour augmenter la fiabilité de la recherche. En fait, dès les premières réunions avec l'équipe de recherche sur le dossier de fusion du CHUá, ces notes ont été notre fil d'Ariane, nous guidant progressivement dans la démarche de recherche. En accord avec Poupart et al. (1997), nous avons classé ces notes en trois catégories :

- 1) méthodologiques, en décrivant les différentes étapes des activités de la recherche et notre niveau d'intégration sociale dans le milieu;
- 2) théoriques, par des mémos d'interprétation théorique des cas à l'étude au fur et à mesure des investigations menées;
- 3) descriptives, en rendant compte du travail de repérage sur le vif et des observations conduites.

Nous ne saurions que trop insister sur le caractère fondamental de cette démarche initiale qui permet non seulement la reconstruction narrative de la démarche de recherche lors de l'étape d'écriture de la thèse – dans la partie méthodologique notamment – mais offre également la possibilité d'intégrer certaines de ces notes au matériel collecté pour fin d'analyse. Dans notre cas, certaines d'entre-elles qui offraient une meilleure compréhension du phénomène à l'étude ont été ajoutées au

matériel d'analyse traité par le logiciel N'Vivo et intégrées dans la partie narrative des cas.

La démarche qui a consisté à nous immerger de façon prolongée sur le terrain, multipliant les séquences d'observation en fonction des situations ou des lieux qu'il devenait pertinent d'étudier, constitue un autre point de validité de cette recherche. Cette stratégie visait non seulement à nous imprégner de la culture des unités à l'étude afin de mieux en comprendre le fonctionnement mais aussi à saisir la dynamique des communautés de pratique telle qu'elle se donne à voir quotidiennement. Le temps devient ici un élément déterminant et il s'est avéré un allié puissant pour une étudiante au doctorat moins contrainte par un calendrier de recherche que ne peut l'être parfois une équipe de recherche. Même si le dépôt de la thèse constitue une échéance en soit, la possibilité qui nous a été offerte d'entamer cette recherche tôt dans notre cursus doctoral, nous a permis de prolonger notre collecte de données sur près de deux années.

Le temps est également une donnée déterminante, lorsqu'il s'agit de bâtir une relation de confiance avec des groupes professionnels parfois peu enclins à être observés dans leur pratique quotidienne. Nous nous sommes attachée à être présente à toutes les réunions programmées par les groupes, en respectant leur fréquence et leur durée. Invariablement, pour chacune des situations observées, lorsque de nouveaux membres étaient présents, nous étions conviée à nous présenter et à résumer notre projet de recherche. Progressivement, notre présence au sein des groupes est devenue « naturelle », et nous étions fréquemment interpellée lors des échanges sociaux qui prenaient place avant le début ou à la fin des réunions. Cet engagement prolongé sur le terrain a contribué à la mise en confiance des membres ce qui s'est révélé très utile lors de nos périodes d'observation dans les unités cliniques ou lorsqu'il s'est agi d'obtenir la participation d'acteurs à des entrevues. Par ailleurs, la répétition de séquences d'observation dans un même lieu, notamment lors des réunions des groupes à l'étude, nous a permis d'obtenir une compréhension de plus en plus fine, des stratégies d'acteurs, et de leur position au sein du groupe, identifiant rapidement dans ce contexte, tout phénomène inhabituel dans la dynamique instaurée.

Bien que la technique du contre-codage soit une procédure vivement recommandée par nombre d'auteurs soucieux d'augmenter la validité des démarches qualitatives en recherche (Huberman & Miles, 1991; Van der Maren, 1995), nous n'avons pas utilisé cette méthode qui reste un dispositif lourd à gérer dans le contexte d'une thèse doctorale. Plutôt, nous avons choisi d'avoir recours au *Member check* qui consiste à présenter les interprétations et conclusions essentielles de l'analyse aux informateurs concernés ce qui, selon Lincoln & Guba (1985, p. 314), concourt à augmenter la crédibilité de la recherche. Pour chacun des cas à l'étude, nous avons programmé une rencontre avec les groupes concernés afin qu'ils puissent réagir à nos interprétations.

Enfin, cette recherche doctorale qui s'inscrit dans un champ d'étude plus vaste, met en présence des chercheurs universitaires et de terrain éprouvés au phénomène étudié. Nos directeur et co-directrice ont suivi l'ensemble de la démarche de recherche, réagissant régulièrement à nos réflexions et questions et contribuant par le fait à augmenter la rigueur de cette étude.

La question des critères de scientificité, reste une constante dans le domaine de la recherche qualitative. Ce constat doit amener chaque chercheur à s'astreindre à un exercice d'explicitation de tout ce qui viendrait entacher la crédibilité de sa recherche. C'est ce que Van der Maren (1997) appelle « *l'indépendance de la démarche* » qui conduit le chercheur à un véritable travail d'introspection sur sa propre subjectivité et sur les effets de celle-ci sur le processus de la recherche. Cette posture d'objectivité est également défendue par Huberman & Miles (1991) qui recommandent « *la construction d'une chaîne logiques d'indices et de preuves* » à des fins d'objectivité de résultats. Dans le cadre de cette étude, un rapport détaillé de toute la démarche de recherche a été réalisé et s'est avéré fort utile lors de la rédaction du présent chapitre.

IV.6 – Considérations éthiques

Selon Wacheux (1996), c'est au chercheur que revient l'entière responsabilité du produit de la recherche issue de l'organisation étudiée. Dans le contexte des fusions hospitalières, sujet brûlant s'il en est, l'impact tant médiatique que politique place nombre d'acteurs au sein de l'organisation au devant de la scène. Le chercheur doit

donc être attentif au phénomène et conjuguer sagement le développement des connaissances scientifiques et la préservation des intérêts de l'ensemble de ses informateurs. Se faisant, les règles en vigueur concernant la préservation de l'anonymat tant des organisations que des acteurs qui y évoluent ont été rigoureusement appliquées. De même, le consentement éclairé ainsi que la confidentialité des données de recherche ont été clairement établis et des formulaires de consentement à la recherche ont été signés par chaque informateur rencontré. L'ensemble de la démarche éthique a reçu l'approbation initiale et finale du Comité d'éthique à la recherche du Centre Hospitalier Universitaire, identifié sous le n° D04.022.

IV.7 – Le choix des cas

Les deux chapitres suivants concernent la partie narrative des cas. Là, il s'agit pour nous de raconter une histoire, celle de deux unités de soins : la gériatrie et l'unité Mère-Enfant, inscrites toutes deux dans un processus de changement initié dans le cadre de l'entente de fusion hospitalière signée en 1996 entre trois hôpitaux universitaires francophones de la région de Montréal.

La construction narrative que nous proposons entend respecter la nature processuelle de la dynamique de changement mise en acte par les acteurs en présence. Partant, la chronologie des événements exposée mettra en perspective une première période correspondant à l'ante fusion et une seconde période, post-fusion qui donnera à voir du processus de changement à l'intérieur duquel les acteurs des deux cas à l'étude, s'engageront.

Pour nous, cette construction narrative est un pré requis indispensable dans la mesure où nous nous inscrivons dans une démarche de compréhension du phénomène de l'action sociale et de l'apprentissage situé tel qu'il se manifeste au sein des communautés de pratique (CoPs), et que nous présumons conformément à l'approche organisationnelle de l'action collective, toujours contingent et provisoire.

Dans le même esprit, nous avons choisi de présenter la seconde période en utilisant l'archétype proposé par Wenger, McDermott et Snyder (2002) dans leurs plus récents travaux sur les communautés de pratique et leur gestion, et qui voient l'évolution de ces communautés comme un **processus cyclique naturel** au cours duquel des activités de participation, de socialisation et de développement identitaire prennent forme. L'illustration de l'évolution de la communauté de pratique que ces auteurs proposent montre **cinq états**. Le premier fait référence au potentiel de la communauté à prendre forme autour du domaine à circonscrire, des membres à rallier, des rôles de chacun. Le second état montre le **travail d'unification des membres** autour des valeurs et des connaissances à développer qu'ils souhaitent partager. Cette étape est l'occasion de tisser des liens de confiance entre les membres qui souvent constituent le noyau initial et central du groupe. Fréquemment, il s'agit d'un petit groupe qui cherche à gagner une légitimité avant de chercher à développer une participation plus élargie et qui dans le cadre de ses rencontres va définir collectivement les règles de sa collaboration. Le troisième état montre la **maturation du groupe** notamment autour des connaissances produites et de leur mise en application au cœur des pratiques quotidiennes liées au soin. Le quatrième état permet l'ouverture de la communauté de pratique. C'est l'occasion pour elle de recruter de nouveaux membres et d'impulser l'élan nécessaire à son rayonnement à partir **des connaissances produites**. Enfin, le dernier état aborde la **phase de transformation** de la communauté que les concepteurs du modèle voient plutôt comme un risque qui peut conduire à l'institutionnalisation ou encore à la perte d'énergie des leaders ou encore à la mort de la communauté de pratique. Toutefois, Wenger, McDermott et Snyder (2002) précisent que ces phases de développement ne sont pas nécessairement toutes observables, et que la durée de chaque état reste peu prévisible.

Malgré tout, l'utilisation de cet archétype reste pertinente car comme nous l'observerons, elle permet de mettre en scène une dualité et un jeu d'équilibre entre la participation des membres du groupes – cristallisée autour d'activités d'apprentissages et de développement de connaissances – et les formes de réification issues de ces échanges et participations collectives et qui viennent en quelque sorte matérialiser l'existence de la communauté et son développement dans le temps.

Dans nos histoires de cas, chacun des états abordés correspond à une période de vie particulière des communautés de pratique. Mis ensemble, ces états tracent le caractère dynamique d'une co-construction d'apprentissages partagés et de règles d'ajustement que les membres vont produire pour accompagner et intégrer le changement.

À l'intérieur de cette construction par phase successive des communautés observées, les marqueurs empiriques du cadre conceptuel émergeront. Partant, les éléments concernant : 1) le **domaine** c'est-à-dire le point d'encrage qui rallie les membres; 2) les pôles unificateurs de la CoP que sont **l'engagement mutuel, l'entreprise commune**, un **répertoire partagé** de ressources; 3) les processus de co-construction et d'apprentissages structurés par des règles tacitement convenues par les membres du groupe (**régulation autonome**) et qui vont permettre l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'une identité collective; et enfin l'influence de l'environnement institutionnel par le jeu des 4) règles officielles et prescrites (**régulation de contrôle**), seront mis en scène dans cette partie descriptive.

La construction narrative de chacun des deux cas se conclura par une synthèse récapitulative. Enfin, c'est à partir de cette narration que nous nous livrerons à une analyse comparative des cas dans le chapitre subséquent.

Chapitre V : Le cas de la gériatrie

Avant d'aborder plus spécifiquement la présentation du cas retenu, nous proposons un bref retour sur l'historique de la gériatrie dans les trois hôpitaux appelés à fusionner. Cette mise en contexte sera suivie d'une présentation des événements critiques liés au processus de restructuration de ce service.

Essentiellement, cette lecture chronologique – issue des discours produits mais aussi, des documents internes à l'organisation (documents de travail, minutes de réunions) qui ont été analysés – permettra de dessiner les contours de l'engagement futur des acteurs ou plutôt d'un acteur collectif, dans un apprentissage du changement à faire.

Dans cette présentation chronologique, nous nous intéressons spécifiquement au cas du regroupement des unités de courte durée gériatrique des hôpitaux A et C¹⁴ qui ont mis en œuvre le rapprochement physique de leur unité de soins respective et dans ce contexte, ont initié un long travail de (re)construction d'une pratique clinique harmonisée.

En ce qui a trait aux informations concernant la gériatrie de l'hôpital B, elles ne sont utilisées ici qu'à des fins de mise en contexte puisque comme nous le verrons, c'est à la suite de la perte d'une grande partie des ressources médicales de B, qu'interviendra la décision de regroupement des UCDG de A et de C.

La dernière partie du cas, aborde la phase de transformation de la CoP initiale, et s'appuie pour l'essentiel sur un corpus de données issu des observations que nous avons menées sur le terrain.

Enfin, nous concluons ce chapitre par une synthèse de ce premier cas.

¹⁴ - Afin de respecter la confidentialité des données, les lettres A, B et C ont été utilisées pour identifier les trois structures hospitalières universitaires désormais fusionnées à l'intérieur de l'entité que nous nommerons toujours pour les mêmes raisons : CHU^á. Les extraits de *verbatim* respecteront le même principe, les lettres (M), (P) et (I) permettront d'identifier, les médecins, les professionnels non médecins et les infirmières. Dans le corps de texte, les initiales des prénoms ou noms des personnes citées ont été modifiées en conséquence.

V.1 – La gériatrie pré-fusion : mise en contexte

Au moment de la signature du protocole d'entente de fusion du CHU^á au cours de l'automne 1996, chacun des trois hôpitaux concernés, possède un service de gériatrie structurellement intégré au département de médecine interne de ces établissements, la discipline gériatrique constituant là, une sous spécialité de la médecine.

Des trois structures existantes, c'est celle de **l'hôpital C** qui se démarque le plus tant par son antériorité vis-à-vis des deux autres que par **l'expertise gériatrique**, volontairement pro active qu'elle entend impulser. Avec la mise en place d'un projet pilote soutenu par le ministère de la santé du Québec, l'ouverture d'une unité de soins de 38 lits en 1980 devient le lieu de formation par excellence des gériatres, et c'est d'ailleurs là que se concentre le plus grand nombre d'entre eux puisque au moment de la signature du protocole d'entente, cinq gériatres se partageaient les activités cliniques, de recherche et d'enseignement de ce service avec une capacité d'hospitalisation ramenée à 28 lits au moment de la fusion. Les **soins s'organisent en multidisciplinarité** sous l'influence directe des gériatres qui fonctionnent par requête auprès des différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge du sujet âgé. La recherche dans certains pôles d'activités est manifeste et a donné lieu au développement de cliniques externes telles que la « clinique des chutes » ou encore la « clinique de la mémoire ». L'équipe nursing est également très impliquée au niveau de la prise en charge du sujet âgé sous l'influence d'une infirmière chef très dynamique. Les formations à l'interne ainsi que la présence d'infirmières au sein des cliniques externes vont dans le sens du développement de leur expertise. Toutefois, elles vouent un grand respect à leur équipe de gériatres qui restent les leaders incontestés du service.

« Des grandes pointures ici...C'est clair...Le Dr X est ici depuis longtemps...le Dr Y était de l'ouverture du département...des piliers...comme on dit les bases...à la fondation avec le Dr Z...Des leaders...là » (I)

L'ouverture d'une unité gériatrique de 11 lits en 1982 qui passera à 19 lits en 1986, marque les débuts de cette activité au sein de **l'hôpital A** avec comme événement majeur, l'arrivée à la tête de ce service de la première gériatre de la province du

Québec qui en restera seul maître à bord jusqu'en août 1998, date de la fusion effective avec l'hôpital C. Bien que la structure d'hospitalisation soit de moindre capacité comparativement à celle de C, l'activité gériatrique y est importante et compte sur une collaboration interprofessionnelle que le chef de service, confronté à une pénurie de ressources médicales, a impulsé. Cette collaboration apparaît fondamentale au bon fonctionnement du service et donne aux différents professionnels non médecins et aux infirmières, une autonomie importante dans le contexte de la prise en charge du sujet âgé.

« Donc, j'avais une unité hospitalière de 20 lits à l'année longue. Je faisais les consultations à l'urgence et puis je faisais les consultations sur les étages et puis, j'avais toujours avec moi, 1 résident et 2 externes (...) Bon, ça c'était une organisation qui reposait sur 1 personne mais quand même, je travaillais avec 7 autres internistes (...) Ok, puis là, ici à C, il y avait une équipe de gériatrie, tu sais, une physiothérapeute, une ergothérapeute, une nutritionniste, une travailleuse sociale. Et moi, à A, je gérais le même staff, une physiothérapeute, une ergothérapeute, une travailleuse sociale, même staff paramédical, mais toute seule, c'était gros. » (M)

« Mais c'est sûr qu'à A, on était une plus petite équipe comparativement à ici (la gériatrie de C) et on avait l'habitude de mener tout ça ensemble, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et le Dr M. C'était étroit comme collaboration et vraiment sympathique... On n'était pas du tout dans des rapports d'autorité. » (P)

En 1995, la relocalisation du service de gériatrie dans un autre pavillon de A, constituera le premier épisode de changement majeur au sein de cette équipe. Avec en toile de fond, la convention collective du personnel infirmier qui stipule que ce dernier n'est pas affecté à une spécialité mais à un lieu physique, c'est un pan entier du travail en collaboration – pierre angulaire du fonctionnement du service confronté à une ressource médicale insuffisante – qui disparaîtra avec l'équipe infirmière qui y était associée. Dans un autre lieu, avec une autre équipe infirmière déjà en place et dont l'expertise ne concerne pas les soins gériatriques, il faudra reconstruire cette collaboration nécessaire à la mise en acte du modèle de soins gériatrique préconisé par le chef de service. À peine stabilisé, la décision de rapprochement des deux services de A et C, viendra à nouveau perturber cet équilibre fragile.

« ... La première partie où on était sur le 1^{er} étage, c'est peut-être un 3 ans, et sur l'autre étage, 3 ou 4 ans aussi. Donc, on a eu le temps de se refaire un

nid, finalement. Et puis là, ça a changé encore, la gériatrie pouvait pas rester là, il fallait qu'elle vienne à C ... avec la fusion. » (P)

À l'hôpital B, la spécialité gériatrique se met en place en 1988 avec l'ouverture d'une unité de 28 lits. Bien que la volonté de démarquer cette discipline de celle de la médecine interne soit avérée – l'ouverture de l'unité en est une illustration – c'est sous l'égide d'un omnipraticien que la structure voit le jour avec une orientation marquée vers une approche centrée sur la **médecine familiale**. D'ailleurs, jusqu'en 1992, date d'arrivée du premier gériatre dans cette structure, l'équipe médicale sera composée exclusivement d'omnipraticiens, secondés par une équipe paramédicale multidisciplinaire solide, composée notamment de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes qui possèdent leurs propres locaux à l'intérieur de l'UCDG. Quant à l'équipe infirmière, elle épouse un modèle où le suivi à la lettre des prescriptions médicales, prime sur l'autonomie professionnelle.

« Toutes mes filles étaient des filles qui étaient là depuis 88, puis la majorité, je ne dirai pas toutes là, mais beaucoup de mes infirmières comme C., N., M., c'était des filles qui étaient dans la fin quarantaine, début cinquantaine, mais qui étaient là, à la première heure, même avant moi, et c'était des filles qui travaillaient avec tous leurs protocoles médicaux là... On avait des protocoles et donc... qui aimaient ça (...). Et malgré les tentatives de changement, là au début de la fusion nous...on a gardé nos façons faire avec nos docteurs, on avait notre équipe. On laissait piailler les autres et nous on faisait nos affaires. » (I)

Ici, l'expertise médicale basée sur les années d'expérience et l'intérêt au domaine spécifique de la gériatrie, vaudra autant que celle acquise par une formation académique poussée dans cette spécialité.

« Alors, ces personnes là (les omnipraticiens), même si elles n'ont pas une formation formelle en gériatrie. Il y en a, des collègues ici, qui n'ont fait que ça depuis qu'ils ont terminé, cela fait comme 10, 15 ans qu'ils font ça. Donc, ils ont une expertise là-dedans. » (M)

Cette assertion qui ne se démentira pas au cours des années donnera lieu à de vives tensions entre les généralistes de B et les spécialistes de C à l'occasion de la réorganisation de la gériatrie au moment de la fusion.

Ce rapide descriptif nous permet de mettre en lumière les particularités de chacune des structures préexistantes au projet de fusion des trois hôpitaux que nous présentons de façon plus synthétique dans le tableau suivant. Globalement aux extrêmes, les services de B et C, se distinguent avec dans l'un, une approche résolument spécialisée alors que dans l'autre, elle est plutôt axée sur la médecine familiale. Quant au troisième service, il affiche la détermination du chef de service à maintenir un modèle d'expertise gériatrique, malgré un manque flagrant d'effectif médical. Ces divers éléments auront leur importance lors de la réorganisation des services de gériatrie initiée à la suite de leur fusion en 1998.

Tableau VII : Particularités des 3 UCDG au moment de l'entente de fusion en 1996

	UCDG A	UCDG B	UCDG C
Ouverture	1982	1988	1980
Nbre total lits	19	28	28
Hosp./an	± 450	± 417	± 518
Équipe médicale	1 gériatre Internistes (soutien)	1 gériatre 7 omnipraticiens	5 gériatres
Modèle de pratique¹⁵	Collaboration professionnelle gériatrique	Médecine familiale + équipe multidisciplinaire	Expertise gériatrique + équipe multidisciplinaire

Source : Documents internes au service de gériatrie et Rapports annuels d'activités

¹⁵ - Dans les modèles de pratique proposés nous faisons une distinction entre la collaboration professionnelle qui s'instaure à A en contexte de pénurie de ressources humaines et les équipes multidisciplinaires qui viennent appuyer la pratique médicale qu'elle soit de type familiale à B ou spécialisée à C et qui rendent compte des organisations de travail en place.

V.2 – Réorganisation du Service de gériatrie du CHUá : Chronologie des événements

Bien que la signature du protocole d'entente de fusion ait constitué un tournant majeur dans l'histoire des trois services existants, c'est le processus de nomination des chefs de département et de service cliniques du CHUá qui nous semble constituer le point d'entrée dans la logique d'intégration des unités gériatriques.

Tout commence au début de l'année 1997, avec les premières mesures d'actualisation du protocole d'entente qui se mettent en place, notamment avec la création du comité de planification administrative du CHUá et le déclenchement des processus de consultation pour la nomination des chefs de départements et de service cliniques. Au cours de l'automne 1997, la nomination du 1^{er} chef de service de gériatrie du CHUá dont la vision proactive dans le dossier de fusion s'impose d'emblée, va être l'élément déclenchant d'une série de décisions et de conflits qui vont, tout au long du processus, déplacer les frontières de l'activité clinique gériatrique sur les trois sites.

V.2.1 – Tensions autour de la nomination du chef de service de gériatrie CHUá

Le processus de nomination de celui qui deviendra le chef de service de la gériatrie sur les trois sites, enclenché au cours de l'année 1997, donne lieu à une ronde de consultations auprès de l'ensemble des équipes médicales de gériatrie du CHUá. La seule candidature en lice est loin de faire l'unanimité tant auprès des gériatres que des généralistes et conduit à une seconde proposition de candidature qui cette fois fait consensus, du moins auprès des gériatres:

« Alors là, il a fallu se trouver un chef CHUá. Et puis là le chef, qui s'est mis dans la tête d'être chef....c'était le seul gars formé ici c'était le Dr X, alors il se voyait beaucoup comme étant le chef. Mais, il y a eu une révolte dans les troupes et puis finalement dans son propre service à B, il n'était pas...tu sais, c'était peut-être pas l'amour total, non plus, parce que les 5 omnipraticiens trouvaient peut-être qu'il ne travaillait pas assez. Puis ici, à l'hôpital C, il y a 2 personnes, 2 docteurs qui ont dit, nous autres, ça nous intéresse pas qu'il soit notre chef. Fait que là, il y a eu un " putsch " » (M)

Toutefois, la nomination du gériatre, initialement chef de l'unité de C., à la tête du service de gériatrie CHUá, déstabilise fortement l'équipe médicale en place à B. Celle-ci, désormais composée exclusivement de médecins généralistes - suite à la démission brutale du gériatre évincé du processus de nomination - s'inquiète de son avenir et notamment des prérogatives cliniques qu'elle pourra conserver dans le contexte de la réorganisation des activités médicales que le nouveau chef de service – gériatre - entend mettre en place.

« Alors, notre approche, mon approche, c'était que comme on allait tous travailler ensemble, on allait avoir des services qui allaient être commun, c'est-à-dire que pour éviter que justement on se scinde dans des milieux avec des pratiques différentes et qu'on recommence à avoir des pratiques différentes et concurrentielles, plutôt que des pratiques (hésitations) d'intégration, tout le monde allait faire de la consultation à A, tout le monde allait faire de l'unité de courte durée gériatrique, tantôt à B, tantôt à C et les cliniques externes pouvaient rester dans un endroit...Donc, il y avait une espèce... toujours de circulation entre les deux milieux et avec toujours le respect de la consultation à A, avec le fait que la pratique médicale à A était à mi-temps, ça permettait aux gens qui faisaient de la recherche de faire de la recherche pendant ce temps là...Mais eux à B... ils voulaient pas de cette organisation là. » (M)

C'est donc sous le signe d'une débâcle médicale avec le départ de l'ensemble de l'équipe de généralistes du service de gériatrie de B., et ce sur quelques mois, que le gériatre nouvellement nommé à la tête du service, débute son mandat.

« Quand il y a eu le mouvement de fusion, puisqu'il y a un nouveau chef qui a été nommé, en particulier ces personnes là (les généralistes) se sont senties très « insécures », parce que ce n'était pas unanime ce mode de fonctionnement. Alors, il y a eu un départ massif en fait, successivement, il y a eu 3 médecins de famille qui sont partis, le chef, l'ancien chef de gériatrie ici est parti à McGill. » (M)

« Le Dr X., lui était un gériatre et tous les autres étaient des généralistes. Donc, le Dr X. lui, avait postulé pour être chef de la gériatrie et c'est le médecin de C. (...) C'est le Dr Y. et lui le Dr X. s'est en allé dans les hôpitaux anglais, je crois que c'était McGill. Et tous les autres généralistes sont partis, donc nous on perdait toute notre structure médicale. » (I)

Durant cette période qui se prolongera jusqu'à la décision de fermeture de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) de A par le nouveau chef de service, les équipes médicales de A et C, assureront la couverture médicale de l'ensemble des structures

de gériatrie existantes au CHU^á. Concrètement, six gériatres prendront en charge les activités cliniques des trois UCDG auxquelles s'ajouteront les cliniques externes et les salles d'urgences correspondantes.

« On a été le premier service je pense où on a été éprouvé si rapidement par la perte d'effectif et surtout des effectifs qui sont partis d'un bloc, d'un seul milieu. Et là, il a fallu bouger pour...À l'époque ça ne se voyait pas de dire « on ne va pas couvrir », c'était comme sous-entendu qu'on avait comme responsabilité, comme service, d'aller couvrir, d'assumer les services partout dans les 3 hôpitaux, puisqu'on était CHU^á. » (M)

« Donc, il y avait trois services d'hospitalisation avec leur clinique externe, leur salle d'urgence et à ce moment là, il y avait cinq gériatres à C qui restaient et un à A, le Dr M.. Alors, ça fait six personnes. Donc, ça a été un moment de crise et une nouvelle organisation dans ce cadre là. » (M)

V.2.2 – Le protocole d'entente du CHU^á: Une fenêtre d'opportunité pour le chef clinique

La décision de fermeture de l'UCDG de A, annoncée au cours de l'hiver 1998 par le chef de service, ne rencontre pas de résistance au sein des équipes médicales et professionnelles concernées, tant il paraît entendu que la vocation universitaire de l'hôpital A, va disparaître conformément à la planification stratégique énoncée dans le protocole d'entente de 1996.

Dans ce contexte, la nouvelle configuration de ce qui doit devenir le plus grand centre hospitalier universitaire au Canada, prévoit la répartition de 1200 lits de soins spécialisés et sur spécialisés sur les sites B et C, rebaptisés « campus » et la transformation radicale de la mission du campus A qui deviendra le premier centre hospitalier à vocation ambulatoire au Québec avec une capacité d'accueil d'une centaine de lits (Protocole d'entente du CHU^á). Loin d'être considéré comme le parent pauvre de cette fusion, l'hôpital A, deviendra le précurseur d'un nouveau modèle de distribution des soins, louangé par le Doyen de la faculté de médecine en poste.

« Voilà le tout premier hôpital ambulatoire au Québec (...) Le mode ambulatoire va devenir un mode majeur de distribution de soins de santé et nous devons apprendre comment les donner. Il n'y a pas encore d'endroit où l'éducation sur le plan ambulatoire est rationalisée et concentrée. Nous

allons apprendre à nos professionnels ce mode ambulatoire, qui devra être exporté à l'ensemble du territoire »¹⁶

« Et ça cette décision de fermeture là, pourquoi c'était à A plutôt qu'à B, c'était que dans le processus d'entente de fusion, A devait fermer ou devenir un centre ambulatoire, une médecine de jour, et plus d'urgence, plus d'unités d'hospitalisation. Donc avec notre mentalité, notre désir d'être proactif qui avait déjà été mis de l'avant à l'automne 97, on a approché le conseil d'administration en disant « nous vivons une situation de crise, voici, ceci était le protocole d'entente, nous pensons que nous devons le mettre en place dès maintenant ». Et, c'était comme ça que ça devait se faire. » (M)

Pour le chef de service de gériatrie et son équipe médicale, il s'agit d'anticiper le modèle de restructuration annoncé dans le contexte de la gestion de trois structures de soins dispersées de plus en plus difficile à mettre en œuvre. Ici, la prise de décision de fermeture rencontre deux objectifs convergents. L'un fait la démonstration qu'une équipe – par la voie de son autorité médicale – s'inscrit de façon proactive dans l'exercice de fusion, anticipant une décision administrative de regroupement d'activités sur un même lieu physique. L'autre, entend – au moins momentanément – soulager l'activité médicale, en répartissant l'essentiel de la couverture clinique non plus sur trois sites, mais sur deux.

« Donc, ça a été un moment de crise et une nouvelle organisation dans ce cadre là. On n'était plus capable de couvrir les trois hôpitaux. Ce qui a été décidé à ce moment là, parce qu'une des choses dans la fusion...les plans changent hein, et à ce moment là le plan c'était deux hôpitaux généraux qui couvraient un peu tout et un hôpital de soins ambulatoires qui était pour être le A. Donc dans ce cadre là, il a été décidé de maintenir B et C, d'absorber la clientèle de A à C, clientèle et personnel et offrir un travail de consultation à A. » (M)

Enfin, cette décision rencontre les intérêts du gériatre de A qui voit là, tout à la fois, l'opportunité de mettre fin à quinze années de pratique isolée, et celle de partager ses propres aspirations en terme de développement d'un modèle gériatrique de haut calibre universitaire, avec celles, convergentes, de ses collègues de C.

« On va faire un gros service hospitalier à C, puis on va laisser un service de consultation uniquement à A, puis B restera B (...) C'était comme ça que cela avait été pensé. Puis là un moment donné, c'était une réflexion

¹⁶ - Un extrait de l'entrevue réalisée par le journal Forum auprès du Doyen de la faculté de médecine le 30 septembre 1996.

commune, puis moi j'étais d'accord avec ça. J'avais le goût de travailler avec ces gens là, j'étais bien tannée de travailler toute seule. Puis là, on a décidé de réunir ça. » (M)

C'est donc dans un contexte où les intérêts médicaux des structures d'hospitalisation de A et C convergent et rejoignent ultimement les objectifs organisationnels que la décision de fermeture de l'UCDG de A sera décidée et entérinée par le conseil d'administration du CHU^á au printemps 1998. Concrètement, la gériatrie du CHU^á concentrera ses activités d'hospitalisation sur les deux unités de courte durée gériatrique (UCDG) des hôpitaux B et C, l'hôpital A n'offrant plus que des activités de consultation gériatrique dans les étages et aux urgences en tant que de besoin.

V.2.3 – La fusion des UCDG des hôpitaux A et C

Le transfert d'un volume de 10 lits sur les 19 existants, accompagné de l'intégration d'une partie du personnel de l'UCDG de A, vers celle de C s'effectue au cours de l'été de la même année. Une fois de plus, les conventions collectives en vigueur dans chacun des deux hôpitaux, sont un frein au déplacement de l'équipe infirmière. Seuls, les professionnels (physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux), l'infirmière chef provisoirement, ainsi que le gériatre de l'unité, transféreront.

« Certaines (infirmières) auraient voulu venir et continuer en gériatrie. Elles aimaient la gériatrie, elles aimaient l'approche personne âgée, elles adoraient le contact qu'elles avaient avec le Dr M. C'est au niveau syndical, de l'attribution des postes... de la définition... c'est que les infirmières ont des postes sur un lieu physique, sur une unité de soins et non pas avec une spécialité. Donc ce n'était pas des infirmières de gériatrie, c'était des infirmières du 5^{ème} étage, pavillon L. de A. Le 5^{ème} L. de A., a fermé et c'était à l'intérieur de A. qu'elles devaient comme « bumper » quelqu'un. C'était très insécurisant, très déstabilisant, très difficile à vivre les dernières semaines. » (P)

« Je crois que la direction avait été un peu...disons...pas mal bousculée avec ce qui s'était passé avec la gynéco-obstétrique à B...Sûrement qu'ils ne voulaient pas recommencer la même erreur avec nous. » (I)

Parallèlement, le chef de service qui a gagné en crédibilité avec cette décision de regroupement anticipé, négocie une rénovation majeure de l'UCDG de C qui se concrétise par un déplacement provisoire du service sur le site de l'hôpital B durant

huit mois. Cette période d'instabilité, marquée par la nécessité d'une adaptation rapide à de nouveaux locaux et surtout à une nouvelle culture hospitalière pour garantir la qualité et la continuité des soins, met entre parenthèses- du moins provisoirement - les sources de tensions qui pourraient émerger entre les équipes de A et C, récemment fusionnées. Ici, l'une et l'autre des deux équipes font l'expérience d'un nouveau lieu et d'une nouvelle culture à découvrir jusqu'alors inconnus d'elles.

« Ça a été une grande adaptation parce qu'on a eu 15 jours pour prendre notre décision et mettre nos patients dans l'ambulance et s'en aller avec eux autres sur une unité de soins qui n'était pas montée là-bas (...) Il y a rien qui était pareil, au niveau de standardiser les techniques de soins, le matériel, les façons de faire, les services internes comment ils fonctionnent. Alors on est arrivé là toute une équipe on s'est implanté sur une unité de soins, tout le monde ensemble. Puis on a fonctionné dans une culture différente à pied levé. » (I)

« C'était un nouvel hôpital avec un processus qui était différent, des manières de faire différentes. La vision et le but de l'intervention sont les mêmes pour les deux milieux mais la manière de faire est différente, la manière de communiquer est différente. » (M)

L'automne 1998 et le retour des deux équipes de gériatrie A et C désormais fusionnées dans de nouveaux locaux, marquent la fin de la première période (Cf. Figure 3, *infra*).

Celle qui suit et qui donnera lieu à la consolidation des deux équipes en une entité unique¹⁷, sera marquée par un long processus de (re)construction d'un répertoire de significations communes marqué par l'apprentissage et la négociation. Au cœur de cette dynamique, un collectif d'acteurs va prendre forme, porté par un intérêt commun : le soin gériatrique et une volonté non moins commune : développer un modèle interdisciplinaire de prise en charge gériatrique à la mesure des compétences multidisciplinaires que requiert cette spécialité.

Les nouveaux locaux portent d'ailleurs déjà les prémices de ce maillage étroit à développer. Désormais, les activités de la gériatrie sont concentrées sur un même étage. Les professionnels non médecins y ont leurs locaux composés de bureaux et de

¹⁷ - Désormais lorsque nous référerons à l'équipe de C, il faudra considérer qu'il s'agit des deux équipes fusionnées de A et C.

salles spécialement équipées pour l'évaluation des sujets âgés. Les pôles d'autorité sont visibles dès l'entrée du service où se jouxtent les bureaux des médecins et de l'infirmière chef d'unité. Enfin, le poste infirmier situé au milieu de l'unité est spacieux, à aire ouverte et la table centrale de grande dimension est une invitation à l'échange interprofessionnel. À ce propos, les informations recueillies auprès de nos interlocuteurs et nos périodes d'observation à différents moments de la journée au poste, nous montrerons à quel point ce lieu est investi et constitue à lui seul la plaque tournante de la prise en charge gériatrique sur l'unité.

« Avant, le poste des infirmières c'était un petit coin avec à peu près 3 places pour faire les dossiers, il y avait une place en face qui était un peu plus réservée au médecin. Alors que là maintenant, on est situé au centre du service, on est à l'affût de ce qui se passe autour de nous, puis tous les intervenants, ils n'ont pas le choix, ils passent là, s'ils veulent quoi que ce soit au dossier. Si un intervenant revient d'une entrevue avec un patient ou sa famille, il vient compléter ses notes au dossier ici et là on peut se renseigner et obtenir une information rapide de vive voix. Ou bien avant de rencontrer un patient ou une patiente, l'intervenant passe au poste pour nous demander comment il va. Quelques fois, c'est utile, nous on peut lui dire « bien aujourd'hui, ce n'est pas ça tu peux peut-être aller le voir demain ou plus tard dans la journée ». Le poste, c'est comme le poumon du service. » (I)

C'est dans cette nouvelle unité de soins sans histoire ni anecdotes, redessinée par l'équipe qui a activement participé aux plans de rénovation que chacun va prendre ses marques.

« Après on a déménagé à C ici, puis là, tous les locaux étaient nouveaux. Ce qui fait qu'autant pour l'équipe habituelle que pour nous, c'était du nouveau. Tout le monde arrivait dans de nouveaux locaux. Alors ça, ça m'a permis quand même, de me faire une petite place plus facilement que si j'étais arrivée comme ça sur une unité déjà existante où on m'aurait dit, ton bureau est là. Là, ce n'était pas pareil, tous les bureaux étaient nouveaux et on avait les nôtres sur l'étage. » (P)

Figure 3 : Chronologie des événements liés à la fusion du service de gériatrie du CHUá

Hôp A			UCD G 11 lits		Hausse 19 lits				Reloc		Fusion		Fermeture UCDG Transfert 10 lits sur C	
Hôp B						UCDG 28lits						Départ équipe médicale		
Hôp.C	UCDG 38 lits									Baisse à 28 lits			Chef de service devient chef gériatrie CHUá	Intégration équipe A Méd+Prof Rénov. majeure
19..	1980	1981	1982	1983 à 1985	1986	1987	1988	1989 à 1994	1995	1996		1997	1998	

Dans la partie suivante, nous aborderons cette seconde période. En prenant d'abord appui sur le contexte de la prise en charge gériatrique qui met en évidence le caractère multidisciplinaire de cette activité, nous retracerons les événements clés de l'émergence de la communauté. D'une situation conflictuelle qui pose l'enjeu du partage des rôles à renégocier à l'aune de l'intégration de nouveaux professionnels dans l'équipe, jusqu'à la stabilité relative de cette dernière, nous suivrons les étapes de la production d'un savoir partagé qui va venir donner du sens à l'entreprise commune et favoriser le processus d'intégration de la fusion.

V.3 – Le modèle de soin gériatrique : un catalyseur pour le développement d'une communauté de pratique

V.3.1 – Caractéristiques du soin gériatrique à C

Le service de gériatrie de l'hôpital C offre une large couverture clinique qui aujourd'hui se compose d'un service de consultations à l'urgence et dans les étages, d'un volet ambulatoire avec : 1) une clinique de la mémoire; 2) une clinique d'évaluation des troubles de la marche et de la prévention des chutes et; 3) une unité pilote d'évaluation interdisciplinaire ambulatoire d'un jour. Une UCDG (unité de courte durée gériatrique) de 28 lits qui subit des fluctuations régulières en fonction des nouveaux zonages établis, vient compléter ce dispositif de soins pour personnes âgées.

Les soins de courte durée gériatriques s'adressent à une population âgée de 65 ans et plus qui présente un voire généralement plusieurs syndromes gériatriques avec un potentiel de retour à domicile toujours recherché. Ces caractéristiques qui combinent tout à la fois la multiplicité des diagnostics possibles et des interventions à mettre en place dans un temps relativement court – le temps d'hospitalisation constituant un facteur de risque de la perte d'autonomie du sujet âgé – montrent bien toute la complexité de ce type de prise en charge. Indubitablement, elle nécessite une approche multidisciplinaire où s'entrecroisent des expertises et des rôles

professionnels distincts mais néanmoins complémentaires qui renvoient à une interdépendance forte entre les professionnels engagés dans une prise en charge globale du sujet âgé hospitalisé.

Outre l'équipe médicale composée de gériatres, nous retrouvons au centre de la production des soins, des infirmiers et préposés aux bénéficiaires, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des diététiciennes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux. Chacun de ces acteurs professionnels remplit une fonction particulière auprès du patient, légitimée par un statut à l'intérieur duquel, les obligations déontologiques, les droits et responsabilités apparaissent clairement identifiés. Cette distribution des rôles où les compétences liées au domaine d'expertise confèrent à chaque membre de l'équipe une part d'autonomie importante, lui donne également un pouvoir qu'il entend revendiquer dans l'exercice de sa profession. De plus, l'organisation structurelle des soins gériatriques de cette unité, nous semble renforcer les zones de pouvoir de certains intervenants. C'est le cas par exemple des professionnels non médicaux qui sont attachés au service de gériatrie et y possèdent d'ailleurs leurs propres locaux. Dans ce contexte, outre la légitimité octroyée par leur titre professionnel, ils ont à l'intérieur de leur discipline respective, développé un champ d'expertise pointu dans le domaine de la prise en charge du sujet âgé et peuvent être sollicités à tout moment par le reste de l'équipe sur l'étage. Cette expertise justifie d'ailleurs pour certains, le choix d'avoir quitté son hôpital d'origine malgré le deuil « culturel » à faire.

« C'est là que...là, c'était plus difficile parce que là, c'était plus un changement d'étage, c'était un changement d'hôpital. J'avais le choix de rester si je voulais à A, mais alors je ne faisais plus de la gériatrie à ce moment là. Et comme j'aime beaucoup la gériatrie, c'est vraiment mon choix, c'est moi qui ai choisi de suivre l'équipe et de m'en venir ici. J'aurais pu dire non, je reste avec A. Mais je savais que c'était un choix difficile parce que je savais que mes amies étaient à A, mes compagnes physiothérapeutes, parce que j'avais des compagnes physiothérapeutes qui étaient à l'hôpital avec qui on mangeait le midi, on s'asseyait tous ensemble, on blaguait. Ça je savais que je perdais ça (...) Donc je voulais suivre mon domaine d'expertise...la gériatrie, puis c'était ça mon choix et je savais que je perdais beaucoup d'amies à A et puis aussi...j'étais attachée beaucoup à A, on s'attache à l'hôpital auquel on travaille. » (P)

Les infirmières qui sont à la première ligne de la dispensation des soins soutenues par les préposés aux bénéficiaires qui travaillent sous leur délégation, constituent également un maillon fort de l'organisation des soins gériatriques. Assignées aux mêmes patient(e)s durant tout l'épisode de soins, elles sont l'informateur par excellence des autres professionnels de l'équipe. Responsables de la première évaluation lors de l'admission du sujet âgé, elles possèdent une bonne lecture de la progression de son état de santé au décours de la prise en charge, et à ce titre, sont fréquemment sollicitées par les autres intervenants toujours à la recherche de la meilleure information pour compléter leurs données et réajuster le plan d'intervention de soins en tant que de besoin.

L'ensemble de ces éléments imbriqués dans une dimension plurielle de la prise en charge gériatrique, nous amène à concevoir l'organisation des soins sous l'angle d'une structure de rôle composite où se côtoient des dimensions spécifiques et partagées. Ces zones grises, objet d'incertitude, deviennent nécessairement le théâtre d'ajustements mutuels qui passent indubitablement par la clarification et la justification des rôles de chacun.

À la frontière de ces rôles formels qui structurent les rapports d'autorité hiérarchique ou d'expertise parmi les membres, d'autres rôles que nous pouvons qualifier d'informels se dessinent, liés à des attributs tels que le genre, l'âge, le prestige que confère une position dominante (i.e. médecin) ou encore les traits de caractère ou la valeur que l'on accorde à un individu et qui vont nécessairement avoir une influence sur les rapports qu'entretiennent les professionnels entre eux.

« Je connaissais, moi le Dr M, antérieurement, avant mon arrivée au CHU, donc j'avais déjà une idée de qui était cette grande dame là. C'est un gériatre qui a mis plusieurs choses sur pied qui avait une vision de ce que doit être la gériatrie et puis qui veut développer et qui est très, très ouverte (...) C'est par la suite que je me suis rendue compte que ça ne faisait pas nécessairement l'unanimité, mais je pense que de par sa personnalité, elle est très, très rassembleuse. » (I)

« Quand elle est arrivée avec sa façon de travailler, c'était épouvantable un peu (...) Elle était très exigeante, elle prenait des décisions rapides (...) Il y a des

liens qui se sont tissés avec le temps. On a appris à la connaître, on a appris à reconnaître que le Dr M. c'était un grand docteur. » (I)

« Sa personnalité, dans le sens qu'elle est très directe, elle était différente des autres médecins d'ici, c'était tout un ajustement à faire. Je me souviens ce qui avait été difficile pour moi...hou là là, tout un personnage...mais brillante hein...un grand médecin...C'est ça je pense qui a été difficile, c'est sa spontanéité à tout régler tout de suite, tout de suite, quitte à nous oublier un peu parfois. Ça j'avais trouvé ça difficile, mais je pense que maintenant c'est quelque chose que j'aime beaucoup en elle...J'apprends beaucoup. » (P)

À l'issue de ce rapide survol, nous conviendrons que le centre de production des soins gériatriques offre la vision d'un espace organisationnel complexe qui met en présence une multitude d'acteurs auxquels des compétences spécialisées assurent une autonomie importante, mais dont l'interdépendance constitue la clé de voûte du dispositif de prise en charge globale du sujet âgé.

En contexte de fusion et de regroupement d'activités comme c'est le cas ici, la structure organisationnelle de travail fortement ébranlée, implique une remise en question des stratégies d'acteurs et du modèle identitaire en place. Si pour les nouveaux venus, l'enjeu face à la perte d'une identité collective passée, consiste à faire valoir leur propre expertise pour gagner une position à l'intérieur de l'équipe recomposée, pour ceux initialement en place, il s'agit plutôt de consolider celle déjà acquise. Cette reconstruction nécessite une réappropriation du sens à donner au « prendre soin » justifiant par là, la mise en commun et le partage de connaissances et de valeurs fédératrices pour le groupe.

« C'est sûr que nous à C on n'a pas quitté, on est revenu dans des locaux rénovés et beaucoup plus intéressants. Quand elles sont arrivées, elles avaient leur façon de faire et nous on avait notre façon de faire et là je pense qu'il y avait un travail à faire des deux côtés. Par exemple de dire : « bon telle chose, nous ici, on ne fait pas ça comme ça ». Mais, on ne peut pas demander à la personne qui arrive de tout changer pour rentrer dans un moule. Le Dr X avait quand même une expérience comme gériatre de plusieurs années, dans un milieu où elle faisait sa propre gestion puis elle avait ses façons de faire, ses pratiques et puis... son personnel à A, la connaissait bien et c'était comme une routine pour eux. Nous c'est pareil, elle n'aurait pas pu nous dire, du jour au lendemain comme ça « bien là maintenant, c'est pas blanc, ça va être noir », je pense qu'on peut aller dans

le gris pendant un bon bout de temps et c'est ça qu'on a fait. Donc, dans le comité qui s'est mis en place, on a vu avec elles, comment elles fonctionnaient... c'était quoi leurs valeurs puis le rôle... c'était quoi le rôle de chacun dans l'équipe, et le Dr X nous a dit aussi ce qu'elle n'aimait pas, ce n'était pas toujours facile, mais de part et d'autre on était capable de se parler. » (I)

La dynamique interprofessionnelle qui va se mettre en place et dont nous allons suivre le processus dans la partie suivante, devient le théâtre de cet apprentissage d'un travail collaboratif à reconstruire. À notre sens, la structure qui va émerger et dont les frontières vont se délimiter rapidement, répond aux caractéristiques d'une communauté de pratique.

En effet, comme nous le verrons, elle est bien plus qu'une simple équipe de travail puisque c'est le modèle d'intervention gériatrique coopté par les membres du groupe, source d'enjeux et de défis qui va être le point de départ de leur rencontre régulière et du développement de nouvelles connaissances et de valeurs co-construites et partagées.

Progressivement, les apprentissages qu'ils vont faire ensemble, vont permettre le positionnement de chacun d'entre eux en regard d'une identité professionnelle à affirmer, et favoriser avec le temps, le développement d'une confiance mutuelle propice au développement d'une identité collective.

Dans la partie suivante, nous présenterons la dynamique d'évolution de cette communauté en nous appuyant sur l'archétype proposé par Wenger, McDermott et Snyder (2002) dans leurs plus récents travaux sur les communautés de pratique et leur gestion. Comme nous le mentionnions en préambule ces auteurs voient l'évolution de ces communautés comme un processus cyclique naturel, évoluant de la naissance à la mort ou à la transformation radicale par une succession d'états que nous nous proposons de mettre en scène maintenant.

V.4 – Émergence et développement de la communauté

V.4.1 – Les potentialités à l'émergence d'une communauté de pratique

V.4.1.1 – Une volonté commune de réviser le modèle d'organisation des soins existant

Au cours de l'automne 1998, la période de transfert provisoire sur le site de B, prend fin et c'est dans une unité rénovée d'une capacité de 28 lits d'hospitalisation, que l'équipe récemment fusionnée, prend ses fonctions. Le gériatre, l'infirmière chef, la physiothérapeute, l'ergothérapeute et deux travailleurs sociaux de A, sont venus grossir l'équipe existante. Même si le transfert de l'équipe initiale de gériatrie de A n'est pas complet puisque les infirmières de cette unité n'ont pas suivi, des tensions émergent entre les différents professionnels de A et C, confrontés à des modes d'organisation et des façons de faire différents, donnant lieu à quelques mois d'intervalle, au départ des deux travailleurs sociaux et d'une ergothérapeute.

« C'est sûr, ce n'était pas évident parce que c'était un transfert, c'était 2 équipes qui se fusionnaient. On devenait 2 physiothérapeutes au lieu d'une, deux ergothérapeutes au lieu d'une. Moi, j'étais habituée toujours à prendre les requêtes hein. Les requêtes arrivaient, je les prenais, c'était mes patients (rires), là, il fallait les diviser alors là il y a eu des conflits. » (P)

« Qu'est ce qui a déclenché tout ça, c'est peut-être les conflits, c'est notre façon de travailler qui posait question là, il y avait des insatisfactions de la part des membres... Comme je vous disais, on était une équipe multi ici (à C), plus multi, on ne travaillait pas en interdisciplinarité. » (I)

« Tout de suite après le déménagement en fait, il y a eu des conflits (...) Les travailleuses sociales de A sont parties. Il y a eu des conflits entre moi, le Dr X., la travailleuse sociale d'ici, sur des pratiques qui ...Parce qu'on s'en venait une grosse équipe, c'était difficile ça, parce qu'on parlait de deux petites équipes où il y avait un professionnel de chaque discipline alors que là, on tombait à 3 ergo, 2 physio qui n'avaient pas les mêmes façons de faire, tout de suite en partant, avec des médecins qui n'avaient pas les mêmes façons de faire. » (P)

« Nous autres, on avait une façon de rentrer, c'était du 1 à 1. Ça allait vite... vite, vite. C'était toujours les mêmes personnes...Go! Go! Go! (...) Mais, ici, c'était pas ça là...tu sais, il y avait beaucoup de lits, beaucoup d'admissions électives (...) Naturellement c'était plus mon personnel, c'était le personnel de 5 ou 6 docteurs. Fait que là, moi je voulais que ça roule, je voulais que ça donne des congés. Et puis, ça...ça ne marchait pas... » (M)

Lors d'une réunion du comité interprofessionnel – mis en place par le chef de service dès les premières étapes de la réorganisation – l'urgence à améliorer la communication entre les membres de l'équipe, mise à mal lors des réunions multidisciplinaires notamment, et celle de préciser les rôles de chacun, font consensus.

« Donc, dans les trois quatre premiers mois, il y a eu une crise...surtout avec le service social...puis au niveau du rôle de chacun. Et, on s'est assis à ce moment là, on a fait une réunion plus interdisciplinaire parce qu'on voyait que tout le monde était stabilisé, l'infirmière de clientèle était nommée, tout le monde avait été nommé dans les postes. L'équipe était recomposée et on trouvait qu'il y avait du potentiel mais il fallait faire quelque chose pour améliorer notre travail...le climat. À ce moment là, dans les réunions interdisciplinaires on s'est mis à parler de nos forces et de nos faiblesses et puis ça a donné finalement qu'on s'est dit qu'il fallait qu'on renforce ça. » (M)

Rapidement, le mandat administratif du comité interprofessionnel se transforme. D'une plate-forme de revendications et d'information à l'usage de chacun des groupes professionnels représenté auquel préside le chef de service, ce lieu d'échanges devient celui d'un apprentissage à travailler ensemble que les membres qui vont s'impliquer souhaitent redéfinir, à partir d'une conception commune de la prise en charge gériatrique.

« Le 1^{er} comité interprofessionnel a été formé en 1998 et la volonté pour les gens qui se sont investis dans ce comité, c'était vraiment d'apprendre à travailler ensemble, de mettre en commun toutes ces expertises qu'on avait ici et qu'il fallait comme ramasser après tous ces changements. » (M)

Un sous-groupe prend forme en marge du comité interprofessionnel initial. Sur une base volontaire, deux gériatres dont le chef de service, trois infirmières, dont l'assistante au poste, une ergothérapeute, une physiothérapeute, une travailleuse

sociale vont se réunir mensuellement. La constitution du groupe est représentative de l'équipe multidisciplinaire recomposée puisque des intervenants des deux équipes préexistantes sont présents. Rapidement un acteur extérieur vient rejoindre le groupe. Il s'agit d'une conseillère en développement des ressources humaines du CHUá qui aidera le groupe à cheminer tout au long du processus. Son rôle est déterminant puisqu'elle assure tout à la fois une fonction de leadership institutionnel en maintenant un lien formel entre la communauté et la hiérarchie officielle de l'organisation, mais aussi celle de leader interpersonnel, puisqu'elle sera également une médiatrice au sein du groupe.

« On a eu une accompagnatrice qui était là à toutes les rencontres et qui a développé un lien extraordinaire avec l'équipe (...) De par sa formation et puis elle était plus au courant aussi de tout ce qui touche les ressources humaines. Donc quelque chose qui va plus loin que les choses administratives là. Donc, elle était une ressource vraiment...Elle était la personne neutre parmi nous. Parce que veut, veut pas, il émergeait quand même des conflits à travers ce comité là, pas des gros là, mais quand même, elle était la personne neutre, elle était la médiatrice si on veut même si ce n'était pas son rôle au départ, elle devait être là plus en support à l'équipe, et elle est devenue partie intégrante. » (P)

V.4.1.2 – L'interdisciplinarité : un modèle structurant pour la communauté en construction

Le 1^{er} objectif du groupe consiste à définir un modèle d'intervention gériatrique qui soit en cohérence avec le caractère multidisciplinaire de la démarche de soins. Rapidement le concept d'interdisciplinarité fait sens pour les participants. Selon eux, ce modèle d'intervention rejoint en tout point la cible commune de l'équipe qui est de « répondre adéquatement aux besoins et aux priorités de la personne âgée et de sa famille » (CHUá – Service de gériatrie, 2000, p. 6) et qui justifie la mise à contribution des compétences de l'ensemble des intervenants de l'équipe dans l'optique d'une approche globale.

Par ailleurs, ce modèle d'intervention devient une opportunité à saisir dans le contexte des conflits de rôles auxquels sont confrontés les professionnels des deux équipes fusionnées.

« Ici, l'équipe était très soudée, mais on ne fonctionnait pas en interdisciplinarité, on fonctionnait en multidisciplinarité. Alors avec la fusion, chacun tirait sur la couverture. Moi, je sentais ça comme ça là. » (I)

En quelque sorte, l'interdisciplinarité devient le modèle structurant pour le groupe. Cette plate-forme commune va être un facteur de cohésion important pour les professionnels aux savoirs et expertises variés, qui composent l'équipe et qui voient en ce modèle, l'opportunité non seulement de porter leurs projets futurs, mais aussi de répondre au discours d'amélioration continue portée par l'organisation.

« L'interdisciplinarité c'est devenu notre modèle, notre philosophie (...) Toute cette réflexion là qui a émergé du travail des membres du comité et qui s'est ensuite diffusée dans l'équipe, c'est vraiment ça je pense qui a construit cette cohésion là. » (M)

« C'est un besoin de redéfinir les rôles pour travailler en interdisciplinarité. On voulait là...on s'est ouvert à améliorer notre système d'équipe. On a adopté le concept plus interdisciplinarité que multidisciplinarité. Il y avait eu un colloque international de gérontologie en 90 qui s'appelait interdisciplinarité et pour nous, avec les difficultés qu'on rencontrait à tous les jours, ça faisait du sens. C'est devenu notre objectif. » (I)

« C'est que le modèle en interdisciplinarité qu'on a développé ici, ça a eu un impact sur certains projets comme la création de l'unité ambulatoire ou bien le plan d'intervention individualisé commun sur lequel on planche aujourd'hui et qui rencontrent les objectifs d'amélioration continue de l'établissement... » (M)

C'est donc sur la base d'un équilibre entre un intérêt commun pour un modèle de gériatrie centré sur l'interdisciplinarité et les perspectives en termes de développement des pratiques professionnelles qu'il permet d'imaginer que la CoP passe d'un état potentiel à celui de l'unification des membres autour du domaine de connaissances à partager.

V.4.2 – L'unification des membres

V.4.2.1 – Un apprentissage social régulé

Durant l'année 1999-2000, la communauté qui se constitue va définir ses priorités, déterminer le rôle de chacun de ses membres, établir ses règles de fonctionnement, bref procéder à un apprentissage social sur la base d'interactions régulières. Les réunions mensuelles sont coordonnées par un des gériatres du groupe qui n'est cependant pas le chef de service. Entre autres, son mandat sera d'animer les réunions, d'assurer ou de déléguer la prise de notes, de restituer les comptes rendus des réunions aux membres et de préparer l'ordre du jour des séances suivantes.

Bien que le leadership médical ne soit pas contesté et semble s'imposer de lui-même, la place de leader se distribue souplement à l'intérieur du groupe. La participation au changement devient le moteur de l'engagement des membres et chacun y contribue en fonction des compétences ou connaissances qu'il possède dans le domaine de l'interdisciplinarité.

« Le rôle de chacun, je pense que ça s'est décidé naturellement parce qu'il y avait plusieurs leaders. Mais je pense que les médecins sont tout le temps demeurés les grands leaders, même s'il y avait des petits leaders alentours. Mais je pense que c'est vraiment dans l'acceptation du changement, selon moi, c'est plus facile quand on est intégré au changement de faire le changement. Quand on donne un pouvoir de décision aux gens c'est sûr qu'ils embarquent un peu plus parce qu'ils se sentent concernés. » (P)

« Avec les changements aussi, c'était aussi, des gens qui arrivaient avec des nouvelles façons de faire et qui avaient le goût de s'impliquer (...) Moi par exemple, durant mon cours j'avais touché à l'interdisciplinarité, j'avais des choses là-dessus, des articles, des expériences d'ailleurs... Dans le groupe, on est parti avec ça. » (P)

« Bon on est médecin, c'est sûr donc en fonction des situations qu'on aborde, c'est notre rôle là, comme responsable qui est mis en avant. Mais chacun a des compétences et la solution ou la proposition qui va être retenue, elle peut venir d'une professionnelle ou d'une infirmière. Oui, c'est plus la compétence de chacun dans un domaine particulier qui fait... disons autorité, consensus. » (M)

Même si l'autorégulation est au cœur de la dynamique d'apprentissage du groupe qui programme ses rencontres dans la salle de réunion du service, soit le matin de très bonne heure, soit pendant l'heure du repas et établit un ordre du jour pour chacune de ses séances de travail, une régulation plus formelle et institutionnelle s'organise à l'aune d'une bureaucratie professionnelle que l'on ne peut passer sous silence. En effet, ce sous-comité, émanation du comité interprofessionnel local mis en place dès les premiers temps de la fusion ne peut en ignorer les règles de fonctionnement administratives. Ainsi, bien que l'adhésion au groupe se fasse sur une base volontaire, le chef de service veillera à ce que chacun des corps professionnels de l'équipe soit représenté dans ce groupe et sollicitera à ce titre, un accord de principe auprès des différentes directions concernées.

« Comment on pouvait améliorer nos pratiques mais surtout notre collaboration, le groupe est partie de là...de comment on pouvait améliorer notre fonctionnement. On a organisé ça, on se rencontrait 1 fois par mois à peu près (...) Le chef de service ici, avait adressé un courrier à tous les chefs pour que ceux qui souhaitaient participer puissent être libérés. Toute une organisation ...au début on disait « tiens, si on s'asseyait pour discuter de ça », mais à l'arrivée, c'est toute une organisation que ça demande. » (M)

V.4.2.2 – Des compétences et connaissances à acquérir

Rapidement les échanges et la réflexion collective qui circulent à l'intérieur du groupe, font émerger trois objectifs à atteindre et qui vont en quelque sorte, dessiner le calendrier de travail du groupe. Ces objectifs issus des besoins et expériences des membres en regard des problématiques qu'ils rencontrent dans leur quotidien de travail, se veulent aussi une représentation fidèle des perceptions de chaque groupe professionnel auprès desquels ils vont régulièrement chercher de l'information. En résumé, il s'agit d'améliorer la communication entre les intervenants, travailler sur le rôle de chacun et réviser la dynamique de la réunion clinique multidisciplinaire (PAFI CHUá, 1999), dans le but de promouvoir un mode de fonctionnement interdisciplinaire efficace et harmonieux.

« On a rencontré tout le monde, oui parce que je me souviens d'être venue la nuit... moi pour présenter aux infirmières de nuit. De présenter ce que ça

allait donner. Après ça, il y a eu toute la présentation, on faisait des rencontres pour les informer où en était le processus, tout ça. » (P)

L'engagement mutuel centré sur une démarche d'amélioration consensuelle fait émerger le besoin d'aller chercher une aide extérieure pour mener à bien cette entreprise. En effet, les connaissances détenues par chacun dans le domaine de l'interdisciplinarité, sont insuffisantes à construire une démarche sensée répondre aux besoins du groupe et la nécessité de mobiliser d'autres acteurs compétents dans le domaine, devient un pré requis pour le développement d'une meilleure connaissance sur l'approche interdisciplinaire. Les liens qu'un des médecins du groupe entretient avec des collègues de l'Institut universitaire de gériatrie, experts dans le domaine de l'interdisciplinarité, sont une opportunité pour les membres du groupe qui iront – sur une base volontaire – chercher auprès de cette autorité reconnue, les compétences nécessaires à leur projet d'amélioration de fonctionnement.

« A., depuis toujours je pense, a aussi travaillé à l'Institut universitaire de gériatrie. Elle était très proche du Dr L. et du Dr T. et P. L. s'est beaucoup interrogée sur l'interdisciplinarité...a travaillé, avait monté un programme. Ça a donc créé le lien, le pont. » (M)

« En fait eux, à l'Institut de gériatrie, cette réflexion là qui a donné lieu par la suite à une formation, ils l'avaient faite à grandeur de leur établissement, donc ils avaient des spécialistes qui avaient fait des projets de recherche sur ça. Donc, notre approche a été inspirée de leur approche et sur une base volontaire, on est allé se former chez eux. Nous, (le comité) et puis quelques personnes de B qui étaient intéressées par ça. » (P)

En septembre 1999, les huit membres qui constituent le groupe reçoivent une formation de 14 heures, dispensée par l'Institut universitaire gériatrique. Cette formation leur permet non seulement de partager un répertoire de connaissances sur l'interdisciplinarité, mais également de développer des compétences comme formateurs qu'ils mettront à profit ultérieurement. Le sous comité se renomme comité PAFI (programme d'amélioration au fonctionnement interdisciplinaire).

Jusqu'en avril 2000, date à laquelle ce comité distribuera une journée de formation à l'interdisciplinarité à l'ensemble de l'équipe de l'UCDG de C, la co-construction de

significations partagées sur les notions d'interdisciplinarité, de communication, de rôles des membres de l'équipe mettra en scène un processus collectif de négociation entre les membres de la communauté. Chacun, en regard des savoirs explicites acquis lors de la formation, mais aussi à l'aune de ses propres savoirs expérimentiels prendra position, défendra son point de vue, développera de nouvelles stratégies d'interdépendance, d'où émergeront de nouvelles représentations et règles indispensables à la production d'une entreprise conjointe et de responsabilités mutuellement partagées. Ici, c'est bien la négociation autour des rôles de chacun qui présidera à l'émergence d'une confiance construite sur la base des compétences reconnues à chacun, mais aussi sur celle d'une régulation autonome omniprésente.

« La négociation des rôles (...) est une étape fort importante où les membres de l'équipe confrontent leurs idées, leurs valeurs etc., et cherchent les moyens d'être efficaces et de produire leur travail selon des normes de qualité. Chaque professionnel devrait se percevoir comme un collaborateur plus ou moins indispensable selon les situations, mais toujours utile pour atteindre un objectif commun et valorisé par l'ensemble de l'équipe. C'est cette interdépendance qui permet d'offrir des soins de haute qualité. »¹⁸

« Mais le PAFI, c'est d'abord un moment fort à l'intérieur du groupe qui s'est investi là-dedans (...) les principaux objectifs ça a été de voir, c'est quoi l'interdisciplinarité, on a revu c'est quoi, les problèmes de communication, comment on peut travailler la communication. Les rôles, on a fait un travail sur les rôles dans l'équipe (...) parce qu'ils avaient des problèmes de rôles. Après ça, comment négocier une tâche parce que les rôles sont assez bien décrits mais les tâches peuvent varier. Hein! Qui va faire quoi, il faut que ce soit négocié. Et de voir un peu, quels étaient les problèmes et puis comment on pouvait travailler ça. » (M)

« Alors, on s'est fait des règles, on s'est fait un programme, on a écrit la mission et les objectifs qu'on voulait atteindre. Ça a été beaucoup de discussions entre nous, surtout sur les tâches, pour s'entendre sur c'est quoi les zones grises, là où on empiète sur l'autre et puis où c'est correct comme ça aussi. » (I)

« La redéfinition des rôles a été travaillée rapidement mais sans consensus. Seulement, chaque professionnel sur le comité a émis ce que lui pensait avoir comme rôle et puis chaque professionnel s'est exprimé sur ce qu'il pensait être le rôle de chacun. Mais, il ne s'agissait pas d'un travail de consensus pour définir les rôles de chacun là... parce qu'il n'y aurait jamais pu y avoir

¹⁸ - Note extraite du document produit par les membres de la communauté (PAFI – CHUá – service de gériatrie, 2000)

de consensus. Juste ça, ça a mis en évidence qu'on pouvait partager des rôles et que c'était à nous de négocier ça. Pendant la formation, c'est ça qu'on a fait comprendre aux équipes... avec des jeux de rôle et tout ça. » (P)

Ce long processus d'apprentissage qui va permettre aux acteurs en présence de partager de nouvelles connaissances sur l'interdisciplinarité et de les manipuler dans le cadre de leurs échanges, les rend réceptifs à l'apport de valeur que cette approche promeut dans le contexte de leur exercice quotidien mais aussi, à la visibilité qu'elle leur offre au sein de l'organisation.

« L'interdisciplinarité qu'on a développé ici, c'est une plus-value...C'est un modèle pour moi qui s'enlignait bien dans la vocation d'un hôpital universitaire...d'utilisation de toutes les compétences disponibles dans une vision globale de la personne âgée. » (P)

« Bien je vous dirais qu'ils ont déjà des façons de faire qui sont très, très concrètes ici, leur équipe interdisciplinaire, leur façon de travailler en équipe inter. Très, très différent des autres unités que je connais. Je dirais, c'est plus....comment je pourrais vous dire...Ils sont très structurés dans leur démarche et ça c'est reconnu au niveau de la direction des soins et même de la direction générale. D'ailleurs, le modèle en interdisciplinarité sur lequel ils ont travaillé pour harmoniser leur pratique a été souligné par les évaluateurs lors d'une des dernières démarches d'agrément. » (I)

Cette phase d'unification des membres de la CoP met en scène une période d'incubation où les objectifs de travail du groupe, ses règles de fonctionnement vont prendre forme. Ce travail préalable permet le positionnement des membres autour de nouvelles connaissances à acquérir. La formation qu'ils vont suivre a posteriori va faire d'eux des experts de l'approche interdisciplinaire tant pour le reste de l'équipe qu'ils vont former que pour l'organisation qui souligne leurs compétences. Le point d'équilibre atteint **entre incubation et démonstration de valeur par la connaissance produite** permet à la CoP d'entrer dans sa phase de maturité. A l'aune des nouvelles connaissances qu'elle a acquises, elle va pouvoir développer ses propres expertises en matière de soins gériatriques interdisciplinaires.

V.4.3 – La maturité de la CoP

V.4.3.1 – Un exercice de concentration sur la connaissance produite

La réification de cette co-construction prendra de multiples formes et deviendra le répertoire partagé de la communauté. La mise en forme du Programme d'Amélioration du Fonctionnement Interdisciplinaire (PAFI) - dont les étapes de réalisation seront présentées à l'ensemble de l'équipe - la production d'une cartographie des rôles des différents intervenants en gériatrie; puis d'un guide d'accueil pour les nouveaux venus; la préparation de la journée de formation à l'interdisciplinarité et sa synthèse sous la forme d'un document publié par le CHUá; enfin l'évaluation de cette journée réifiée sous la forme d'un poster affiché de façon permanente dans la salle de réunion de l'unité, sont autant d'exemples de la production de cette communauté.

« Et on a travaillé très fort (...) moi je voyais ça comme donner un outil de travail à l'équipe pour s'organiser un peu...pour gérer les conflits aussi mais, ça a permis aussi de s'organiser en tant qu'équipe. » (P)

« On a monté un programme d'accueil pour les nouveaux membres du personnel, on a regardé notre fonctionnement à l'interne pour l'améliorer, pour rendre la vie agréable à tout le monde avec des objectifs qui sont pour certains plus d'ordre organisationnel, d'autres, plus d'ordre comment je pourrais dire, au niveau des règles de l'unité, au niveau du fonctionnement, au niveau du respect des gens entre eux. » (I)

« Ici, il y a eu...on a été très impressionné...ils ont fait ce que l'on appelle le PAFI qui a été entièrement monté par les membres de ce groupe, des leaders là. Un espèce de travail de groupe, étant donné que j'avais donné...moi et mes quelques collègues (rires) on avait donné tant de troubles à l'équipe en arrivant, par un mode de fonctionnement différent. Il y a eu un gros, gros, groupe de formation sur c'était quoi le rôle de chacun. » (M)

Les deux années de travail du comité PAFI pour améliorer le fonctionnement de l'équipe gériatrique recomposée a donné lieu à la création d'un corpus de connaissances qui devient visible et accessible pour l'ensemble des intervenants. La journée de formation que les membres de la communauté organisent est en quelque

sorte, l'aboutissement de cet investissement collectif restitué aux différents intervenants qui composent l'équipe gériatrique.

Au total, ce sont 34 infirmières et préposés, 5 médecins, 9 paramédicaux et un commis qui recevront cette formation d'une journée, répartie sur 4 jours au cours de l'automne 2001. Le contenu de la formation présenté sous une forme interactive avec une alternance de théorie et d'exercices pratiques, sera l'occasion de revenir sur les grands thèmes, abordés par les membres du PAFI lors de leurs réunions de travail tels que, les notions d'interdisciplinarité versus multidisciplinarité, les blocages à la communication dans l'équipe, les notions de rôle professionnel, la négociation autour des rôles. Un document centralisant les textes de référence théoriques ainsi que la production réifiée par le groupe sera remis à chacun des participants.

Cette mise en application de la connaissance produite, reçoit un excellent accueil de la part des membres de l'équipe qui la juge au plus près de leurs préoccupations quotidiennes.

« C'était la première fois qu'on avait une formation, une activité qui rejoignait vraiment tout le monde. Parce qu'on avait des réunions scientifiques qui rejoignaient surtout les médecins et les professionnels et les infirmières qui pouvaient se libérer, mais c'était pas toutes et ça restait difficile, et pas du tout les préposés et les commis. Et puis, c'était centré sur nous et non sur un sujet scientifique. » (I)

« Le PAFI où durant les journées de formation, parce que c'était des journées différentes, on mélange, on mélange les cultures, on mélange les professionnels, on mélange les quarts de travail pour que chacun parle, verbalise et travaille et je pense que quand on a fait le PAFI, ce que ça a permis à tout le monde de réaliser c'est qu'on peut parler entre nous, qu'il n'y en a pas un qui est plus haut que l'autre. » (M)

Cette période de maturité de la CoP qui fait montre de sa concentration autour des nouvelles connaissances produites en matière de soins gériatriques interdisciplinaires, suivie d'une phase d'expansion de cette nouvelle connaissance au reste de l'équipe, constitue le point d'équilibre qui lui permet de passer d'un état à un autre. L'état qui correspond à la gestion des connaissances vient, en quelque sorte, mettre en pratique

la diffusion du répertoire partagé de connaissances sur l'interdisciplinarité par l'équipe noyau de la CoP à la grandeur de l'unité de soins.

V.4.4 – L'élan de la communauté de pratique

La mise à disposition d'un cahier PAFI - gardé en permanence au poste de soins pour recueillir les commentaires sur le programme - et l'invitation à participer à un *brainstorming* écrit, adressée à l'ensemble de l'équipe et visant à solliciter l'implication et à recueillir les idées et opinions de chacun sur les améliorations de fonctionnement à prioriser, sont le point de départ de l'ouverture des frontières de la communauté et l'intégration de sa production initiale au sein de l'équipe élargie.

*« Étant donné que les idées et opinions de tous et chacun sont importantes mais que les facilités de se réunir tous ensemble soient minces, nous vous proposons de débiter un « brainstorming » par écrit et d'identifier **les personnes intéressées** (en gras dans le texte) à s'impliquer à quelques niveaux que ce soit. Soyons imaginatifs! » (PAFI – CHUà – service de gériatrie, février 2001)*

De cette consultation, émergeront douze objectifs d'ajustement au fonctionnement interdisciplinaire qui toucheront trois aspects essentiels relevés par l'équipe – la communication dans l'équipe, la réunion multidisciplinaire et une structure d'accueil - chacun relevant de la responsabilité d'un intervenant de l'équipe. Bien qu'on puisse constater à la lecture des documents de référence que les acteurs centraux – ce que Wenger et al. (2002), nomment « l'équipe noyau de la communauté », demeurent des personnes ressources dans le suivi des modifications de fonctionnement proposées, un jumelage avec des membres extérieurs au comité PAFI qui souhaitent s'impliquer, s'effectue.

Durant l'année 2001-2002, un changement de rythme s'installe et donne lieu à une dynamique d'ouverture. Le partage des connaissances ancrées dans la pratique dépasse les frontières de la communauté pour pénétrer l'équipe opérationnelle qui voit là l'occasion d'une participation plus active au changement. Les valeurs et règles qui sous-tendent la qualité de l'approche gériatrique et que les membres du comité

PAFI ont faites leurs, se diffusent désormais à l'intérieur de l'équipe. Dès lors, les notions de savoir partagé, d'objectifs communs, d'intervention concertée, de décision et responsabilité partagées, font sens et encadrent la dynamique de l'équipe de gériatrie de C. Le produit livré par la communauté a porté ses fruits et l'évaluation de l'impact de la formation à six mois et un an, réalisée par les membres du comité PAFI et affichée dans la salle de réunion de l'unité, fait la démonstration d'une amélioration notable du climat de travail et de l'amélioration des prestations de soins à la clientèle.

« Il y a un poster dans la salle de réunion (...) sur l'impact à six mois, à un an, on a eu le goût de le représenter. En fait, il y a eu un gros travail au niveau d'un petit groupe qui était habitué de travailler en équipe, on a bâti la formation ensemble, on l'a donnée. Alors, il y a un noyau qui est très solide et l'autre chose, c'est que ça a eu un impact sur certains projets qui fonctionnent encore ou qu'on avait le goût de démarrer. Sur les irritants, le fait de ne pas avoir les dossiers, par exemple le physio arrive, il ne trouve pas le dossier, c'est l'externe qui l'a. On a fait une entente, maintenant, on ne prend pas les dossiers avant dix heures, on en prend juste un à la fois, on écrit. C'est un partage, il y a des liens entre préposés et infirmières. Et finalement tout ce travail a abouti aussi à la structure d'accueil qu'on a mise en place. » (M)

« Cette formation à l'interdisciplinarité, en développant un langage commun et un encouragement à la communication interprofessionnelle, a contribué à l'amélioration des soins à la clientèle gériatrique et à l'efficacité du travail en équipe et au climat de travail. »¹⁹

Le point d'équilibre entre la réalisation des objectifs définis initialement par la CoP et son ouverture à d'autres projets ou mandats devient le point de départ de sa transformation.

V.4.5 – L'état de transformation ?

Si l'émergence et l'évolution de la communauté d'un état potentiel à un état de maturité et de diffusions de connaissances, sont assez faciles à repérer et à suivre dans le temps, le moment de sa transformation radicale (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002), ne semblent pas si évident à saisir. Au moment où nous débutons nos

¹⁹ - Extrait du poster PAFI sur l'impact de la formation à 6 mois et un an, affiché dans la salle de réunion du service.

observations sur le terrain, au cours de l'automne 2003, nous retrouvons les membres actifs du comité PAFI - ce noyau dur dont nous ont parlé certains lors des entrevues – absorbés par les activités d'autoévaluation en préparation de la démarche d'agrément, et donc réintégrés à l'intérieur du comité interprofessionnel global qui réunit les équipes de l'hôpital B et C.

Plusieurs raisons sont invoquées par les membres eux-mêmes pour expliquer cette dispersion. Pour certains, le mandat du groupe a été rempli et la raison même de son existence ne se justifie plus.

« Par la suite le groupe PAFI a continué un peu pour l'instauration des changements à mettre en branle et après ça, le PAFI s'est intégré au comité interprofessionnel existant sur l'unité. » (M)

Pour d'autres, ce sont plutôt les pressions organisationnelles externes qui sont venues en contrarier la pérennité ou en modifier la forme initiale, au profit d'une structure plus institutionnelle et hiérarchique

« La structure PAFI a fonctionné... là maintenant je pourrais vous dire qu'elle ne fonctionne plus surtout par manque de ressources parce que tout le monde est essoufflé. Parce qu'à chaque année additionnelle depuis la fusion, ce sont des ressources en moins qu'on vit. Donc c'est plus difficile de se remplacer. » (I)

D'autres encore, donnent à ce groupe d'acteurs une position interstitielle à l'intérieur de l'équipe et de l'organisation, qui leur permet en quelque sorte de se reformer en fonction de nouveaux mandats qu'ils choisissent de remplir en co-optant pour l'occasion d'autres leaders à la périphérie de la communauté. C'est le cas pour le projet pilote d'unité ambulatoire qui voit le jour dans la continuité des travaux de la communauté initiale et qui vient en quelque sorte mettre à profit les principes du modèle d'interdisciplinarité mis de l'avant dans le cadre du PAFI.

« En fait, les gens qui ont participé à la mise en place du PAFI, je pense que c'était des leaders un peu naturels là, donc ces gens là ont continué... C'était eux qui participaient aussi au départ au comité interprofessionnel entre autres, donc, ont continué à vouloir avancer à vouloir faire des projets d'où est sortie l'unité ambulatoire d'ailleurs. » (P)

« L'unité ambulatoire, comment ça s'est fait, je pense que c'est aussi le fait que... on était tous ensemble...du même comité à la base, et moi j'avais des contacts beaucoup avec B et avec ma chef. Puis eux autres, des fois sont au courant d'autres choses qui se passent dans l'hôpital, le fait d'avoir des liens, de ne pas être fermé sur nous-mêmes. » (P)

« Moi, je pense que les dynamiques comme on vit dans la dernière année comme le processus d'agrément où on a eu à discuter en comité, l'arrivée du programme de gestion par programme clientèle, ce sont des projets qui arrivent de la direction et qui nous forcent à s'asseoir puis à travailler en équipe. Moi je pense que c'est avec des projets comme ça où on a comme pas le choix où on doit se questionner, notre identité... comment on va s'intégrer, comment on va faire ça. Ça permet qu'on se réunisse, qu'on se rencontre, qu'on ouvre la discussion, c'est ça l'intérêt du groupe qui fonctionne ici. » (M)

C'est une nouvelle forme de communauté éminemment plus stratégique, évoluant au gré des mandats qu'elle se donne mais aussi de ceux réclamés par l'institution, que nous nous proposons de suivre et de présenter dans la dernière partie du cas. En repartant de l'étape de transformation, nous suivrons son évolution. Tantôt intégrée dans un groupe de travail plus large sollicité dans le cadre de la démarche d'autoévaluation en préparation de l'agrément, ou dispersée dans différents groupes de travail pour réviser ou développer de nouveaux modèles de pratique, elle semble se réactiver en fonction de nouveaux intérêts et des nouvelles missions qu'elle se donne. Peut-on parler ici de transformation radicale de la communauté initiale comme nous le suggère les concepteurs du modèle ? (Wenger et al., 2002) Nous n'en sommes pas certaine. Certes, le mandat de la communauté s'est transformé, mais l'équipe noyau est toujours présente et porte les valeurs communes du groupe. Ils s'agit des mêmes leaders, ceux-là même dont les productions tangibles inscrites dans une volonté d'amélioration continue du fonctionnement interdisciplinarité gériatrique, se sont disséminées à l'intérieur de l'unité entière présidant au réaligement de façons de faire issues des valeurs portées initialement par les membres de la CoP, concourant à l'émergence d'une identité collective au sein de l'unité entière.

Dans cette dernière partie nous orienterons la description du cas sur les observations que nous avons menées au cours de l'année 2003-2004. Cette stratégie nous conduit à

passer de l'historique de la communauté - retracée à partir des discours d'informateurs clés rencontrés et des documents analysés – à celle de son actualité émergeant des échanges et des apprentissages « chemin faisant » dont nous avons été le témoin lors des rencontres du groupe. Cet exercice nous semble utile dans la mesure où il nous permet de dépasser la seule illustration du cycle de vie de la communauté initiale pour en appréhender les possibles résurgences sous une forme ou sous une autre.

En nous appuyant sur ces nouveaux modes émergents de coopération qui aboutissent à des livrables tels que la démarche d'agrément ou encore le développement d'un plan de soins individualisé interdisciplinaire, nous reviendrons sur certains des éléments qui concourent au développement et à la stabilité d'une communauté de pratique comme le leadership, les règles de coopération qui procèdent d'apprentissages en commun et qui sont autant d'ingrédients nécessaires à sa production.

Enfin, nous verrons comment certains projets organisationnels qui conduisent le noyau central de la communauté à se disperser dans des groupes de travail plus formels voire à ouvrir ses frontières pour accueillir d'autres membres, peuvent devenir des véhicules utiles pour disséminer les connaissances produites, et construire de nouvelles appartenances.

V.4.6 – La démarche d'agrément

L'agrément, une procédure utilisée par les organismes de santé pour évaluer et améliorer la qualité de leurs services est obligatoire au Québec, depuis juin 2004. Son obtention pour une période de 3 ans, renouvelable à terme, atteste que les services de santé offerts répondent à des normes nationales en matière de qualité (CCASS, 2004). Une des composantes clé du processus d'agrément réside dans l'évaluation que font les équipes de santé de leurs activités, avec comme point de référence, les normes nationales d'excellence du Conseil canadien d'agrément des services de santé

(CCASS)²⁰. Entre autres, ces normes portent sur les activités liées à la gouvernance et à la gestion, ainsi qu'aux services à la clientèle dans les services de santé. Pour chacun des critères énoncés par le CCASS, l'équipe concernée doit énumérer ses points forts et ceux qui justifient une amélioration et s'attribuer une cote allant de 1 (faible) à 7 (excellent).

V.4.6.1 – Composition et organisation du groupe de travail

Dans le cadre de l'exercice d'agrément 2004, la DGIQP du CHU^á créée depuis l'automne 2002, a sollicité la participation de 24 équipes cliniques soutenues en tant que de besoin par 4 équipes d'amélioration continue de la qualité²¹.

La gériatrie du CHU^á représente une de ces équipes dont nous avons suivi le cheminement durant huit mois à raison d'une séance de travail tous les quinze jours. Le groupe constitué réunit les membres du comité interprofessionnel central de gériatrie du CHU^á²². Au total, ce sont onze personnes du comité interprofessionnel de C et 9 de B qui formeront le groupe de travail sur l'autoévaluation. Les rencontres d'une durée variant entre 1 heure et 1 heure 30, sont organisées en alternance sur les sites de B et de C. Les femmes sont surreprésentées au sein du groupe constitué puisque sur les 22 membres inscrits sur le comité on ne compte qu'un homme présent. La composition du comité suit l'organisation structurelle des soins gériatriques puisque chaque groupe professionnel intervenant dans l'épisode de soins est représenté. Nous notons toutefois, une surreprésentation de la spécialité médicale (4 gériatres) pour un omnipraticien présent occasionnellement dans le groupe. Par ailleurs, si la dimension nursing est bien représentée, avec 3 infirmières de liaison

²⁰ - Le CCASS est le principal organisme d'agrément des organismes de santé au Canada. Il s'agit d'un organisme indépendant fondé en 1958 par des professionnels de la santé et des organismes de santé.

²¹ - Ces informations ont été obtenues lors de la présentation du Rapport de CCASS réalisée par la direction de la gestion de l'information et de la qualité performance (DGIQP) lors d'un conseil d'administration du CHU^á en novembre 2004.

²² - Les comités interprofessionnels encadrent de façon administrative le fonctionnement interdisciplinaire du service de gériatrie du CHU^á depuis 1998. Structurellement, il existe deux comités interprofessionnels de gériatrie fonctionnant de façon locale sur les sites de B et C, à raison d'une rencontre mensuelle, qui fusionnent pour devenir un comité central qui lui se réunit habituellement, trois fois par année.

présentes et les 2 infirmières chefs d'unité, aucune infirmière de « plancher », ne participe au comité. Nos observations nous amèneront à constater qu'en moyenne, une quinzaine de personnes – généralement les mêmes - sont présentes aux réunions de groupe.

V.4.6.2 – Structuration de la dynamique de groupe

En amont des rencontres du comité interdisciplinaire global qui se mettent en place formellement en septembre 2003, chacun des comités locaux de gériatrie des hôpitaux B et C, a planché durant l'été sur les indicateurs gériatriques accompagnés de leurs normes et critères - qu'ils se sont partagés - en tenant compte du rapport d'évaluation de la précédente démarche d'agrément. Les rencontres en grand groupe sont donc l'occasion d'une mise en commun des travaux et réflexions respectives menés durant la période estivale. L'harmonisation à trouver pour réguler les échanges et organiser les séances de travail de la façon la plus optimale possible, est au cœur des préoccupations de la première journée du groupe. Pour le chef de service CHUá, il s'agit « d'une reprise et il faut y remettre de la forme. ».

D'emblée, les membres qui représentent le service de gériatrie de l'hôpital B, vont se conformer à certaines des pratiques de leurs collègues de C parmi lesquels on retrouve l'équipe noyau de la CoP initiale - dont nous avons suivi le développement dans la partie précédente. Ainsi en est-il de la façon d'organiser et de distribuer l'information utile aux échanges. L'équipe de C, a pour habitude d'utiliser des acétates, notamment lors des réunions multidisciplinaires cliniques organisées une fois par semaine dans leur service. Selon eux, il s'agit d'un moyen rapide et visuel de distribuer l'information et de corriger directement les énoncés proposés. Bien que cette pratique, ne soit pas en usage à B comme le mentionne volontiers le gériatre de ce service, le procédé sera adopté pour les séances de travail sur l'agrément. À chacune des rencontres, les normes et critères ciblés, les points forts et faibles des équipes respectives seront projetés sur écran, alimentant un débat commun. Ce sera là, l'occasion de relever les différences de pratique entre sites, de négocier autour

d'un libellé à corriger, d'un terme à expliciter afin de parvenir à un consensus sur les points forts que l'on s'accorde ou les éléments d'amélioration à cibler.

Pour chacune des rencontres, deux gériatres endosseront formellement le rôle d'animateur. Le partage de cette responsabilité se conformera à la répartition de la charge de travail entre les deux services de B et C qui s'est effectuée au cours de l'été précédent. Ainsi, les indicateurs de pratique abordés par le service de C seront présentés par un gériatre de C et ceux de B par un gériatre de cette unité. Même si le chef de service de gériatrie du CHU^á est un membre actif du comité qui interagit fréquemment lors des séances de travail, il n'animerá jamais formellement le groupe. D'une rencontre à l'autre, la progression du travail sera réifiée sous la forme d'un document synthèse dont la mise en forme et l'envoi à chacun des membres, seront assurés par le secrétariat du service.

V.4.6.3 – La visibilité de la CoP à l'intérieur du comité interprofessionnel central

Lors des séances de travail du groupe interprofessionnel, la visibilité des membres actifs de la communauté de pratique initiale de C, est tangible et plusieurs éléments viennent en favoriser l'expression.

En premier lieu, l'exercice d'autoévaluation qui constitue une étape essentielle de la démarche d'agrément implique que le groupe porte un jugement sur son degré d'excellence en matière de soins et de services. Dans ce contexte, les critères de qualité retenus par le CCASS et qui portent sur des éléments tels que : la réponse aux besoins des usagers, la compétence du milieu, l'approche centrée sur le client ou encore le milieu de travail, sont autant d'éléments qui permettent à l'équipe noyau de la CoP de C, de faire montre de l'expertise qu'elle a développée dans ce domaine. À cette occasion, la référence aux formes réifiées d'une co-construction de pratique interdisciplinaire telle qu'une « formation systématique à l'interdisciplinarité » ou encore « la clarification des rôles et responsabilités des membres de l'équipe » constituera un argument fort pour affirmer les compétences de ce groupe et mettre l'accent sur son identité collective. Bien que les membres de B revendiquent

également de travailler selon cette approche, La pratique en interdisciplinarité apparaît ici plus implicite et n'a pas fait l'objet d'un questionnement spécifique de la part de l'équipe.

En second lieu, nous constaterons à de nombreuses reprises que certains acteurs dominent les débats qui s'instruisent dans le cadre de la démarche d'autoévaluation. Dans la prise de position qui s'instaure pour mettre en avant ses propres compétences et expertises ou pour justifier le recours à telle ou telle pratique, les échanges mettent en avant deux formes d'autorité que l'entité « groupe », ne remet pas en question. Celle des médecins spécialistes d'abord, porteurs d'un projet médical intégré, mais à qui l'exercice d'autoévaluation donne l'occasion d'affirmer des prérogatives ou spécificités locales - qui d'ailleurs apparaîtront en toute lettre dans le rapport final²³ :

« À B, il y a un dépistage systématique et les patients admis sont vus en gériatrie » (p.24)

« À C, il y a un médecin gériatre disponible tous les jours à l'urgence. » (p.24)

Celle de l'équipe noyau de la communauté de pratique ensuite, dont le leadership collectif s'active lors des séances de travail. Ici, médecin, infirmier, professionnels non médecins, interviennent à de nombreuses reprises, ayant recours aux interactions narratives pour expliquer leurs façons de faire, justifier l'approche retenue dans leur service ou encore négocier autour de la cote à s'accorder sur un critère spécifique. Ici, le *storytelling* met en activité la mémoire de la CoP et une fois de plus, sa production sert de porte-étendard à l'identité sociale et collective qu'elle a su développer. Les hochements de tête pour appuyer les dires d'une collègue, la façon de surenchérir à l'exposé d'une « bonne pratique », citée en exemple, sont autant d'occasion de repérer la dynamique de l'équipe noyau de la CoP.

« Nous à C, c'est notre point fort ça, on est bon là-dedans... l'approche client...c'est sûr que pour nous c'est interdisciplinaire, puis on a mis nos énergies là-dessus... (M) ... Et ça a donné tout ça, le PAFI, le livret

²³ - Extraits du document préparé par la DGIQP, relatif à la procédure d'autoévaluation réalisée par l'équipe de gériatrie dans le cadre de la procédure d'agrément 2004.

d'accueil, l'unité ambulatoire. On a fait un gros travail dans le comité...puis dans l'équipe. » (P)

« Notre document sur le fonctionnement et le rôle de l'équipe interdisciplinaire, on est plusieurs ici à y avoir travaillé...ça a été quelque chose...l'organisation, puis tout ça ...hein M. (interpelle une l'infirmière chef du groupe). Nous on pense vraiment que ça a amélioré notre pratique, notre communication...nos services ici. » (M)

Leurs interventions fréquentes dans le groupe, portent également sur la meilleure connaissance disponible ou la bonne information qu'il faut se donner les moyens d'aller chercher pour documenter sa réflexion, reproduisant ainsi certaines des façons de faire de la CoP initiale.

« En tant qu'équipe interdisciplinaire, qu'est ce qu'on doit aller chercher comme information pour être plus efficace? » (M)

Ou de personnes ressources, dont l'expertise devient utile pour faire avancer la réflexion du groupe tout entier

« Là...les critères de performance...ce serait bien de voir c'est quoi, les données qui rentrent en ligne de compte. Moi, j'ai déjà eu à faire avec l'archiviste, ce serait bien de la faire venir, pour qu'elle nous explique comment ils saisissent nos données...là. » (I)

« L. on la connaît, on a déjà eu à faire à elle, notamment pour notre projet d'unité ambulatoire (P) (...) Ce serait une idée de la faire venir pour voir comment on pourrait faire rentrer des indicateurs...qui nous parlent à nous...dans notre pratique et qu'on ne retrouve pas dans le système informatique MAGIC qu'on nous a présenté. » (M)

Tout au long du suivi de la dynamique de ce groupe de travail, la communication qui structure les échanges parmi les membres, met en saillance - outre des différences liées aux façons de faire entre les deux équipes de gériatrie - des appartenances bien spécifiques. Tantôt liées à une identité professionnelle revendiquée ou bien circonscrite à un petit groupe d'acteurs qui partagent les mêmes valeurs et des apprentissages en commun comme dans le cas de l'équipe noyau de la CoP, ces appartenances teintent les discours produits et rythment les échanges du groupe, du moins dans un premier temps.

V.4.6.4 – Une nouvelle forme de coopération interstitielle : l'élargissement de la CoP d'origine

Progressivement, la dynamique d'autoévaluation qui favorise la contribution mutuelle des acteurs en présence, va permettre à chacun de prendre sa place, de montrer ses compétences mais aussi, à apprendre des autres. Les artefacts, tels que les documents qui ont été produits, notamment par la CoP d'origine (formation à l'interdisciplinarité, guide d'accueil, etc.) ou les outils standardisés que l'on utilise quotidiennement (échelles d'évaluation fonctionnelle et cognitive du sujet âgé), circulent à l'intérieur du groupe, permettant une fertilisation croisée des savoirs et savoir-faire développés par chaque équipe. Dans ce sens, la démarche d'autoévaluation qui se construit, s'inscrit dans une pratique collaborative un « travailler ensemble », que la fréquence des rencontres (tous les 15 jours) va solidifier. Ces rencontres qui mettent en avant la « mise en commun » des connaissances et façons de faire de chacun, vont favoriser le développement d'une confiance, emprunte de la notoriété que l'on attribue à un individu ou à un groupe à l'aune de ses réalisations ou des compétences qu'on lui reconnaît. Elles vont aussi montrer que l'apprentissage à se connaître se construit « chemin faisant ».

Finalement, même si la reconnaissance d'une culture locale propre à B ou à C, clôt parfois les débats autour d'un élément spécifique, on se rejoint sur bien des points et notamment sur celui d'un besoin de développement continu des meilleures pratiques cliniques, conforme à la mission universitaire d'une équipe gériatrique du CHU^á, à laquelle on souscrit. Chacun, leaders médicaux, leaders professionnels ou de CoP d'origine, y trouve son intérêt et accepte le jeu de la coopération.

Mais, la circulation des connaissances et la coopération entre les membres ne s'arrêtent pas aux frontières du groupe. L'intervention ponctuelle d'acteurs institutionnels, à la demande des membres du comité pour les aider à progresser dans leur mission ou sollicitée par l'organisation elle-même, pour accompagner la démarche d'agrément, montre assez clairement la pénétration du mandat organisationnel au sein du groupe de travail. Que ce soit pour faire une présentation

du logiciel de traitement des données cliniques gériatriques, mis en place à l'hôpital, pour expliquer les procédures de vérification et d'archivage des dossiers patients, pour présenter le tableau de bord de la performance clinique gériatrique au CHU^á, la ligne d'autorité organisationnelle interviendra à plusieurs reprises dans les réunions de travail du groupe.

Ici, nous constaterons que la dynamique de coopération qui s'instaure renvoie à une dynamique de régulation sociale où les règles et standards institutionnels, se négocient à l'aune de la marge d'autonomie revendiquée par le groupe. En effet, si celui-ci reconnaît voire, sollicite la compétence de certains acteurs institutionnels en charge du dossier d'agrément, notamment pour l'éclairer sur certains éléments de procédure ou encore pour obtenir son avis sur le rapport d'autoévaluation produit, il entend garder certaines prérogatives quant aux choix et à la façon dont il souhaite développer ses objectifs d'amélioration continue par la suite. Ainsi, lorsqu'une des responsables de la DGIQP, viendra féliciter le groupe pour le travail accompli et lui fera quelques propositions sur des correctifs à apporter, ce dernier sera attentif et accueillera certaines propositions favorablement. Cependant, lorsqu'elle leur proposera d'intégrer leur objectif de développement d'un plan de soins individualisé, dans une dimension plus institutionnelle²⁴, les invitant pour cela à rejoindre un groupe de travail institutionnel qu'elle entend mettre en place prochainement, ils seront réticents à cette proposition, revendiquant la spécificité de leur démarche interdisciplinaire gériatrique. Ici, le groupe entier fera corps pour revendiquer sa différence

« Je ne vois pas l'intérêt de rejoindre d'autres gens là... de cardio, de neurochir pour discuter de ça. Nous la gériatrie, on n'a pas les mêmes préoccupations qu'eux...que la cardio par exemple. » (M)

« Nous on a déjà notre modèle interdisciplinaire là...On ne part pas de rien, nos réunions multi sont faites sur ce modèle là. C'est ça qu'on veut améliorer...ensemble dans l'équipe...avant de chercher à développer un modèle général. » (P)

²⁴ - La mise en place de plans d'interventions et de soins multidisciplinaires intégrés, constitue un des objectifs d'amélioration continue que la direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance (DGIQP) souhaite atteindre dans les trois ans à venir.

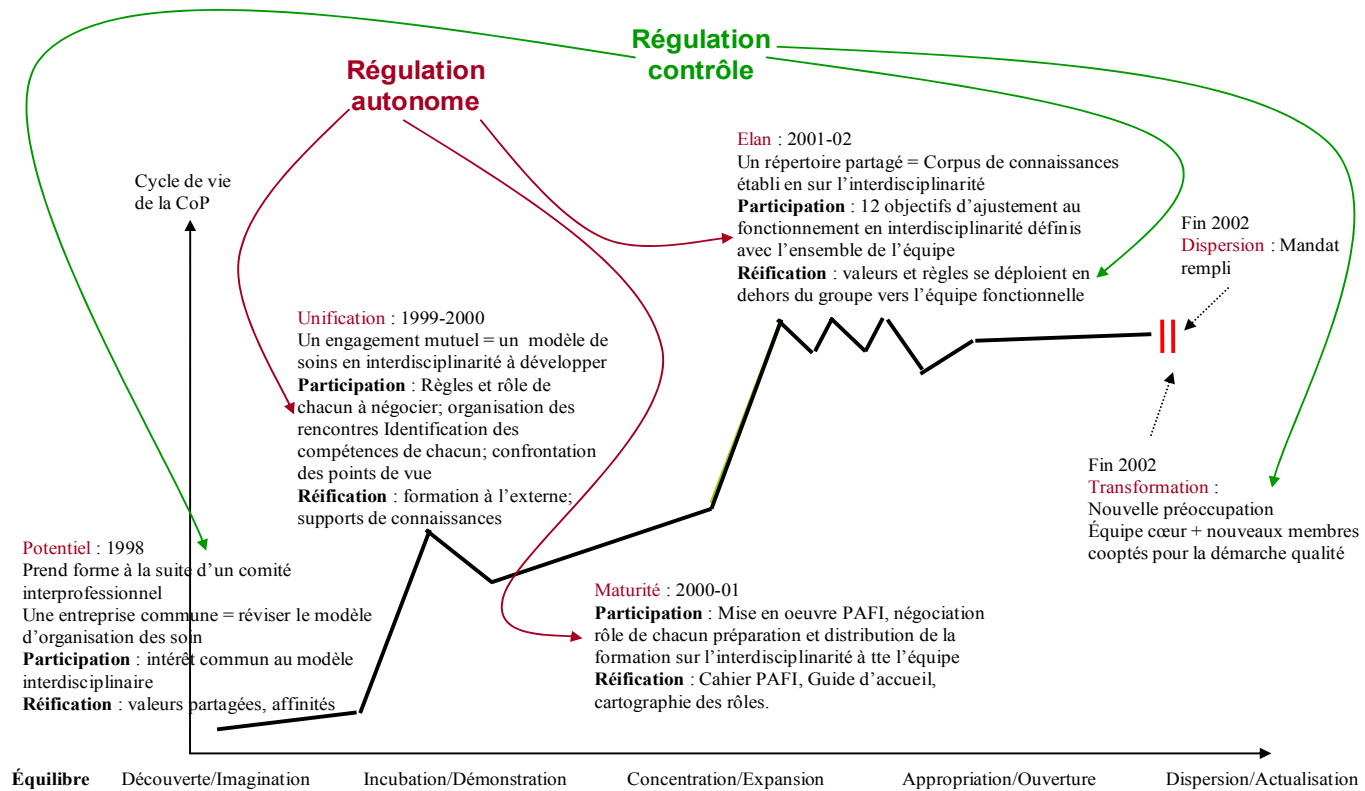
Finalement les échanges aboutiront à un statut quo. Le comité de gériatrie gardera la mainmise sur les objectifs d'amélioration continue qu'il souhaite développer, restant cependant ouvert à des échanges potentiels avec d'autres acteurs ou groupes organisationnels, sensibles aux mêmes préoccupations que lui.

La fin de la période d'observation que nous avons menée au sein de ce groupe, correspond à une nouvelle étape de transformation de la CoP. Une fois de plus, de nouveaux projets viennent en modifier la structure et bien sûr les éléments qui la composent. Ainsi, les trois objectifs d'amélioration continue ciblés par le comité interprofessionnel central qui visent à : 1) développer un plan d'intervention individualisé; 2) améliorer l'utilisation des outils administratifs pour l'étude des performances et; 3) constituer une base documentaire sur les meilleures connaissances disponibles dans le milieu en matière de grands syndromes gériatriques, deviennent l'occasion de reformer trois groupes de travail, à l'intérieur desquels on retrouve dispersés, les membres de l'équipe noyau de la CoP initiale de C, mais aussi plusieurs membres du comité interprofessionnel central. Une fois de plus, un maillage de connaissances et de compétences va se tisser entre les membres en présence, président à l'émergence d'une nouvelle production co-construite.

Cette nouvelle forme de collaboration, reproduit une fois de plus un modèle de coopération interstitielle puisque la nouvelle configuration met en présence, outre des membres du personnel infirmier, médecin et non médecin des unités de gériatrie de C et B, des personnes ressources dont le mandat plus institutionnel, rappelle l'omniprésence de l'organisation et de ses règles.

La figure 4, page suivante, reprend de façon illustrée la modélisation du cycle de vie de la CoP de l'unité de gériatrie. Cette modélisation s'inspire du modèle de cycle de vie développé par Wenger, MacDermott & Snyder (2002).

Figure 4 : Cycle de vie de la CoP de gériatrie (modélisation inspirée de Wenger, MacDermott & Snyder, 2002)



V.5 – Conclusion et synthèse du cas

La description du cas de la gériatrie que nous avons présentée, reprend l'évolution du processus de changement vécu et acté par cette structure à la suite du protocole d'entente de fusion de trois hôpitaux universitaires de la région de Montréal, signé en 1996. La chronologie des événements que nous avons retracée laisse une large place au contexte de l'action et aux rôles joués par les différents acteurs en présence, étant entendu que notre objectif principal visait à saisir les dynamiques professionnelles à l'œuvre dans ce contexte de changement, notamment sous l'angle de la (re)construction des CoP.

En premier lieu et en toile de fond des événements et de leur enchaînement, nous avons débuté la description du cas par une lecture historique du fonctionnement des trois entités gériatriques préexistantes au projet de fusion. Cette mise en contexte nous a permis d'identifier les éléments perturbateurs, mais aussi les opportunités qui ont présidé au regroupement de l'essentiel des activités cliniques de la gériatrie de A, sur la structure existante de C. Ainsi, la tension entre les deux équipes médicales de B et C lors de la compétition à la chefferie de la gériatrie CHU^á - qui oppose deux logiques médicales, l'une « spécialiste », l'autre « généraliste »; la disparition brutale des ressources médicales de B à la suite de la nomination du nouveau chef de service; le cahier des charges du projet CHU^á qui prévoit la transformation de l'hôpital A en structure de soins ambulatoires; la vision proactive de la gériatrie de C dans le projet de fusions, sont autant d'éléments qui vont déterminer les choix et précipiter la décision de regroupement des deux unités de A et C.

En second lieu, nous avons porté attention à ce que nous considérons comme une deuxième période de changement qui prend naissance avec la fusion des deux équipes de soins des UCDG de A et C. Ici, l'interdépendance et la complémentarité des expertises professionnelles président tout à la fois à l'émergence du conflit et à sa résolution. La confrontation en regard des prérogatives que chacun entend conserver ou acquérir à l'aune de son expertise, ainsi que celle ayant trait aux façons de faire

différentes, inscrites dans des cultures organisationnelles non moins différentes, nécessitent des ajustements auxquels ni les uns ni les autres ne peuvent échapper.

Cette collaboration à co-construire qui nécessite une réappropriation individuelle et collective du sens à donner au «soin gériatrique» va prendre forme autour d'un projet d'amélioration du fonctionnement interdisciplinaire porté dans un premier temps par un petit groupe d'acteurs, puis distribué sous la forme d'un programme d'amélioration du fonctionnement interdisciplinaire (PAFI), à l'ensemble l'équipe. Le groupe qui va prendre forme répond aux caractéristiques d'une communauté de pratique. Bien que les membres qui vont adhérer à ce groupe font, par ailleurs, partie du comité interprofessionnel de gériatrie de C - une structure administrative mise en place par le chef de service dès les premières étapes de la fusion – et plus largement, de l'équipe de soins, c'est bien un intérêt commun et des valeurs partagées autour d'un modèle d'intervention du soin gériatrique à redéfinir qui va les réunir ensemble.

Le cycle de vie de la CoP qui correspond au troisième volet de la description du cas, montre la structuration des apprentissages réalisés par cette communauté. La co-construction d'un modèle de pratique en interdisciplinarité conforme aux intérêts de chacun, fédère l'engagement des membres autour d'une entreprise commune. Ensemble, ils vont apprendre à se connaître et à réguler leurs échanges, ils vont approfondir leurs connaissances et les réifier sous la forme de documents et d'une formation qu'ils distribueront ensuite à l'ensemble de l'équipe. La négociation autour des rôles et responsabilités de chacun va permettre le développement d'un lien de confiance à la mesure des compétences que l'on se reconnaît mutuellement, mais également à l'aune des règles de fonctionnement que l'on va conjointement instaurer. Ici, les interactions régulières mettent à jour non seulement un engagement social autour de nouvelles connaissances à construire et à partager, mais aussi un ensemble des règles qui ordonnent les échanges des membres et auquel ils ont conjointement collaboré. Ce long processus dynamique de participation et de réification donne forme et consistance à la communauté de pratique.

Dans la dernière partie du cas nous avons porté une attention particulière à l'étape de transformation de la CoP. Il s'agissait pour nous de dépasser le présupposé de la

disparition naturelle de la CoP, dont la littérature nous dit qu'elle intervient lorsque l'intérêt ou le mandat qui lie les membres entre eux, s'est dissout, pour s'intéresser à sa possible réactivation sous une forme ou sous une autre.

Dans ce contexte, l'observation de la dynamique de travail qui se met en place dans le cadre de l'autoévaluation de l'équipe de gériatrie du CHUá pour la démarche d'agrément, nous permet d'appréhender une autre forme de coopération interstitielle à l'intérieur de laquelle, les membres de la CoP initiale de C sont clairement identifiés.

Certes, le groupe reconstitué ne correspond pas à une forme classique de CoP que l'on nous décrit informelle et spontanée puisque le mandat qu'il doit remplir répond directement à une commande institutionnelle. Toutefois, la dynamique qui s'instaure laisse une large place au leadership collectif de la CoP initiale qui elle, avait émergé spontanément sur la base d'un intérêt commun pour une problématique donnée. Par ailleurs, les échanges qui circulent à l'intérieur de ce groupe recomposé activent les mêmes mécanismes d'apprentissage et de co-construction de sens autour d'une co-évaluation des savoirs individuels et collectifs à réaliser par les deux équipes de gériatrie en présence. Ils mettent également en lumière les enjeux de pouvoir qui structurent tant les rapports entre les membres de la CoP initiale et l'ensemble du groupe en présence que ceux que ce dernier va développer avec l'organisation et ses propres règles.

Ainsi cette dernière partie du cas, nous amène à considérer la transformation de la CoP initiale non pas sous l'angle de sa disparition quasi naturelle mais bien plutôt sous l'angle de son actualisation, éminemment plus stratégique. Partant, les nouveaux mandats qu'elle se donne l'amènent tantôt à adopter une forme de participation aux contours plus institutionnels en phase avec les commandes organisationnelles – comme dans le cas de la démarche d'agrément - voire à se déployer de façon réticulaire en se subdivisant en plusieurs groupes d'échanges et de production – comme c'est le cas pour les nouveaux groupes de collaboration qui émergent à l'issue de la démarche d'autoévaluation.

En conclusion de cette synthèse nous conviendrons de l'extrême plasticité de la communauté observée dont les frontières initialement circonscrites et les objectifs

qu'elle poursuit, se transforment en regard de ses propres besoins certes, mais aussi en réponse aux commandes institutionnelles qui lui parviennent.

Chapitre VI : Le cas du secteur Mère-Enfant

Comme pour le cas précédent, celui que nous nous proposons d'exposer maintenant débutera par une lecture rapide de l'historique de l'obstétrique telle qu'elle se donne à voir dans les hôpitaux appelés à fusionner. Partant, cette mise en contexte servira de point de départ à la présentation des événements critiques liés au processus de restructuration de ce département. Nous aborderons la dynamique de reconstruction d'une finalité soignante autour des nouveaux apprentissages que les membres des équipes fusionnées vont devoir concrétiser pour accompagner le changement. Cette mise en situation nous permettra d'appréhender les leviers et/ou les ingrédients nécessaires à cette reconstruction. De la même façon que pour le cas précédent, la lecture chronologique que nous proposons, laisse une large place au discours des acteurs, lui même soutenu par l'analyse de documents internes à l'organisation et par les observations menées sur le terrain.

Bien que le département de gynécologie-obstétrique du CHU^á couvre un secteur d'activités réparti sur les trois sites existants des hôpitaux A, B, et C, nous nous intéresserons spécifiquement à la chronologie des événements en lieu et place des hôpitaux B et C. Deux raisons justifient notre choix. D'une part, les unités d'obstétrique et de néonatalogie de ces deux hôpitaux sont les premières à avoir acté la fusion à l'issue de la signature du protocole d'entente de 1996, et ce moins d'un an après la signature de cette entente de fusion. D'autre part, les hôpitaux B et C sont les seuls à offrir cette gamme de services – l'hôpital A ne dispensant que des soins et services de gynécologie générale.

VI.1 – Le secteur Mère-Enfant pré-fusion : mise en contexte

Antérieurement à la décision de fusion de ces unités d'obstétrique et de néonatalogie que nous identifierons comme le secteur Mère-Enfant du CHU^á, les deux structures existantes offrent les services d'un centre hospitalier universitaire de niveau tertiaire en matière de pathologies maternelles et infantiles.

Outre un secteur d'hospitalisation dédié à l'ante-partum, à la naissance et aux soins aux nouveau-nés, l'un et l'autre offrent un volet ambulatoire conséquent avec une clinique GARE (grossesse à risque élevé), une clinique d'obstétrique ainsi que des visites anténatales. Toutefois, certaines caractéristiques distinguent ces deux entités préexistantes au projet de fusion.

À l'hôpital B, une expertise en néonatalogie tertiaire s'est développée et permet la prise en charge de **prématurés entre 25 et 27 semaines**, alors que l'hôpital C offrent des soins intermédiaires à des **nouveaux-nés âgés de 32 à 34 semaines**, la grande prématurité faisant l'objet d'un transfert immédiat à l'hôpital spécialisé pour enfants. Nous notons également, un déséquilibre important en matière de ressources médicales spécialisées en obstétrique entre les hôpitaux B et C. Alors que le **secteur de C compte sur l'expertise clinique de 12 obstétriciens-gynécologues et de 5 médecins de famille**, celui de B **accuse un ratio de 3 obstétriciens pour 5 généralistes**. Cette disproportion se répercute au niveau de l'offre de soins, plus hétérogène à B parce que tributaire de la disponibilité de l'une ou l'autre des catégories médicales au moment de l'accouchement, et moindre en termes de capacité d'accueil comparativement à C. De plus, si les activités d'enseignement en gynécologie et en obstétrique sont fortement développées à C, donnant lieu à l'accueil de nombreux étudiants couvrant des domaines d'intervention variés (chirurgie, radiologie diagnostique, médecine familiale, obstétrique) tout au long de l'année, cet axe n'est que très partiellement développé à B (Faucher, 1999).

Ce rapide descriptif, nous permet de mettre en lumière certains éléments qui vont marquer indubitablement la suite des événements liés à la fusion de ce secteur d'activités.

À C, le **secteur de l'obstétrique domine** comparativement à B, tant en termes de volume d'activités que de ressources médicales spécialisées. Dès le début des années quatre-vingt, ce secteur apparaît d'ailleurs comme un centre de naissances avant-gardiste puisqu'il propose déjà des chambres de naissances en lieu et place des chambres traditionnelles.

Par contre, **le secteur de B possède une pouponnière de soins tertiaires** dédiée à la prise en charge de grands prématurés pour lesquels, pédiatres et infirmières ont développé – et revendiquent comme nous le verrons plus loin – une expertise pointue dans ce domaine. Toutefois, comme nous le préciseront certains de nos interlocuteurs ainsi que les analyses documentaires effectuées, le manque de néonatalogistes, l'absence de masse critique avec un faible volume d'activités dans cette unité, de même que l'absence de recherche et d'enseignement, poseront rapidement la question du maintien de ce type d'activité dans la nouvelle configuration des soins mère-enfant projetée au CHUá.

« À C, on était vraiment dominant pour l'obstétrique par rapport à B en termes de volume, en termes de corps médical, et en termes de technologie. Par contre B avait une pouponnière de niveau 3... de niveau soins intensifs, ce que C n'avait pas (...) Et ça grinçait pas mal à la...au niveau des directions... parce que ce fonctionnement là...les coûts que ça impliquait...pour un faible volume d'activités...c'était lourd à gérer ...puis à maintenir dans un contexte de pénurie...D'ailleurs au CHUá, on n'a jamais retrouvé ce niveau de pouponnière de niveau 3 (...) Parce que la volonté politique ne semblait pas supporter cette volonté là. » (M)

En ce qui a trait à l'organisation des soins, **le secteur Mère-Enfant de C** a développé une gestion décentralisée des ressources humaines avec **trois unités structurellement et hiérarchiquement distinctes** : la salle d'accouchement, la néonatalogie et le post-partum, possédant chacune son personnel soignant attitré. Les mères et les bébés ne cohabitent pas et ces derniers sont maintenus à la pouponnière centrale, sous la responsabilité d'infirmières auxiliaires. **À B en revanche, la cohabitation mère-enfant est en place depuis quelques années** déjà et on assiste à une gestion centralisée des soins, le personnel soignant effectuant une rotation entre les différentes structures.

« La cohabitation c'était pas inconnu pour l'équipe qui... venait de.. B. parce que c'était déjà en place là-bas, y avait cette philosophie de soin qui était déjà en place... y faisaient même de la rotation... ils [les soignants] se déplaçaient d'un service à l'autre. » (I)

Enfin, le **type d'approche médicale plutôt spécialisé à C** comparativement au **modèle de médecine familiale prôné à B**, combiné à une décentralisation des modes de gestion, semblent avoir une influence sur les rapports d'autorité entre les différents

groupes professionnels. Ainsi, au secteur Mère-Enfant de C, les lignes hiérarchiques sont marquées : les médecins généralistes travaillent en complémentarité mais sous l'autorité des gynécologues-obstétriciens. Au niveau du *nursing*, les infirmières auxiliaires sont sous la supervision des infirmières et chaque structure possède sa propre ligne d'autorité nursing sous la responsabilité d'une adjointe à la clientèle mère-enfant qui est un leader incontesté, très impliqué dans l'ensemble des dossiers du secteur. Par ailleurs, **le modèle de soins développé à C, laisse une large part d'autonomie à l'infirmière** et à son jugement clinique avec pour conséquence une collaboration médico-nursing très étroite. Toutefois, leurs zones de compétences sont formellement encadrées et chaque procédure de soins est consignée dans un classeur au poste et répond aux normes en vigueur sous le contrôle permanent de la Direction des soins infirmiers.

En revanche, **les infirmières de B sont considérées comme des techniciennes**, plus interventionnistes et habituées à appliquer **des protocoles de soins validés par les médecins de leur unité**, délaissant généralement les outils standardisés propres à leur champ de compétences. Leur ligne d'autorité est faible et plusieurs infirmières chefs se sont succédées au cours des dernières années.

« Tu sais, donc – d'emblée en obstétrique, pour elles (à B) c'était...on va... .. installer un soluté – d'emblée, on va ...Tandis que ici (à C), on disait – on va voir... on va finir par en installer un... Mais peut-être pas... quand la parturiente arrive – on va la laisser... faire un petit bout de travail et tout ça – et peut-être éventuellement ... on va juger quoi. » (I)

« Il y avait des confrontations... médecins... infirmières... surtout en néonatalogie... où ici à C... les infirmières... il y avait moins de présence... physique du médecin... en tout temps. Le médecin faisait une tournée à tous les jours puis il répondait aussi – travaillait aussi.. . . . à l'H .. C'est les infirmières qui faisaient ... l'évaluation de première ligne. Et à B... ça fonctionnait autrement... où il y avait des soins un peu plus.. . . disons niveau 3... un peu plus développés, mais les médecins étaient sur place et donnaient leurs directives. » (I)

« Ici on était habitué comme ça...beaucoup d'autonomie, mais on avait tout de consigné dans des cahiers de soins...Ça, ça s'appelle comme ça...et pour changer ça...ça prend tel genre de réunion...telle personne peut signer... telle autre peut pas. Ici à C, c'est la culture et ça a toujours été très clair...À B...les grandes tables...elles n'ont pas été habituées...oui elles avaient des techniques mais elles n'avaient pas d'outils...Est-ce que ça répondait aux dernières normes? Je ne pourrais pas vous répondre....Elles faisaient de

choses sans nécessairement avoir de règles propres...plutôt parce que le médecin avait dit de faire comme ça. » (1)

L'ensemble des éléments synthétisé dans le tableau suivant, donne à voir des particularités propres à chacun des secteurs Mère-Enfant en place et qui auront leur importance lors de l'exercice d'intégration initié à la suite du regroupement du secteur qui interviendra au cours de l'été 1997.

Tableau VIII : Particularités des deux secteurs Mère-Enfant au moment de l'entente de fusion en 1996

	Secteur B	Secteur C
Nombre total lits	22	45
Accouchements	1716	2016
Équipe médicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 obstétriciens-gynécologues ▪ 5 médecins de famille ▪ 1 néonatalogiste ▪ 3 pédiatres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 obstétriciens-gynécologues ▪ 5 médecins de famille ▪ 4 pédiatres
Soins nouveau-nés	Pouponnière soins tertiaires	Pouponnière soins intermédiaires
Modèle de soins	Généraliste/Specialiste (dispensation hétérogène)	Spécialiste (dispensation homogène)
Modèle nursing	Standardisation des tâches, Infirmière = technicienne exécutante	Élaboration de démarches de soins Infirmière = jugement clinique = autonomie + coll. médico-nursing
Modèle de gestion	Centralisé avec cohabitation mère-enfant Les infirmières auxiliaires assument les mêmes responsabilités que les infirmières	Décentralisé avec 3 unités indépendantes Les infirmières auxiliaires s'occupent spécifiquement des nouveau-nés à la pouponnière générale

Sources : Données du Rapport annuel 1995-96 du département d'obstétrique-gynécologie de la Faculté de médecine et documents de travail internes au département

VI. 2 – La réorganisation du secteur Mère-Enfant du CHUá : Chronologie des événements

La réorganisation du secteur Mère-Enfant s'inscrit rapidement à l'ordre du jour du plan de restructuration engagé à la suite de la signature du protocole d'entente de

fusion. Comme l'ensemble des spécialités médicales du CHU^á, c'est par le biais des tables de concertation que les différents protagonistes vont redessiner les contours de leurs activités dans le cadre de la fusion. Si la décision du regroupement de l'ensemble des activités d'obstétrique et de néonatalogie de B à C apparaît rapidement à l'ordre du jour de ces tables, le calendrier prévisionnel proposé alors, entend respecter une phase de transition avec un transfert prévu au cours de l'automne 1998.

Dès le début de l'année 1997, divers éléments viendront concrétiser cette orientation avec :

- 1) la mise sur pied d'un groupe de travail médico-nursing des sites B et C. Il s'agit d'un comité ad hoc qui déposera son rapport d'étape en août 1997 concernant un nouveau concept mère-enfant que le secteur souhaite développer dans le cadre de cette restructuration ainsi qu'un ensemble de recommandations portant sur l'organisation et le réaménagement de l'unité ;
- 2) une position clairement affichée par la direction des départements universitaires de pédiatrie et d'obstétrique-gynécologie de l'université de référence, en ce qui a trait à la spécialité et à la complémentarité des deux centres hospitaliers universitaires que sont le CHU^á et l'hôpital pour enfants (HE).

Avant d'aborder les raisons qui ont justifié une anticipation du scénario de regroupement initialement prévu, avec un transfert extrêmement rapide des unités d'obstétrique et de néonatalogie au cours de l'été 1997, il nous paraît opportun de revenir sur le caractère éminemment politique de cette décision de regroupement.

VI. 2.1 – Le secteur Mère-Enfant du CHU^á sur l'échiquier provincial et régional

Dès 1995, l'HE devient la tête de file des centres hospitaliers universitaires en matière de soins mère-enfant au Québec. Cette consécration mise de l'avant par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, est confortée lors de la Conférence des

régies régionales en 1996 qui confie à ce centre hospitalier universitaire, le mandat du développement du Réseau Mère-Enfant aux niveaux régional et suprarégional.

Par ailleurs, dans une lettre adressée à la direction du CHU^á au printemps 1997, la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) réaffirme la nécessité d'une complémentarité de services entre les différents hôpitaux et leurs homologues du réseau de la santé en ce qui concerne le secteur de la périnatalité.

« Pour terminer, nous vous incitons à situer l'intervention du CHU^á en matière de soins mère-enfant à l'intérieur d'un réseau intégré de services. Pour ce faire, des liens significatifs doivent être tissés avec les centres de niveau 2, 3 et avec l'hôpital HE à titre de CHU Mère-Enfant ainsi qu'avec les CLSC de la région de Montréal et des régions limitrophes. »²⁵

Dans ce contexte, il devient urgent pour le département d'obstétrique-gynécologie du CHU^á, de prendre position quant au rôle qu'il entend jouer au sein de cette reconfiguration plus large.

Ici, l'enjeu porte tout autant sur la position et le créneau que le centre Mère-Enfant du CHU^á souhaite prendre vis-à-vis de ses partenaires universitaires anglophones regroupés au sein du CUS^á, que sur celle de sa complémentarité avec l'HE – son partenaire universitaire direct – dans le respect de leur expertise distincte. Le rapport de la Direction de la planification stratégique, émis en 1998 et qui reprend l'essentiel du projet soumis au conseil d'administration du CHU^á en 1997, montre bien la volonté du secteur Mère-Enfant de se positionner alors, comme un centre de référence en matière d'obstétrique et de gynécologie spécialisé dans les pathologies maternelles, laissant à l'HE, l'expertise en ce qui a trait à la néonatalogie.

Clairement, il s'agit pour le secteur Mère-Enfant du CHU^á de partager le leadership en soins périnataux tant au niveau clinique qu'en matière d'enseignement et de recherche avec le centre hospitalier universitaire HE.

²⁵ - Données extraites de la lettre adressée par la RRSSS au directeur général de l'hôpital C à la suite d'une rencontre intervenue le 26 mars 1997, concernant la planification des soins mère-enfant au CHU^á.

« Loin de vouloir jouer dans les plates-bandes de l'hôpital HE, le CHUá veut plutôt établir un partenariat et se spécialiser dans le traitement des pathologies affectant la mère de l'enfant, alors que HE conservera son expertise pour les grossesses présentant un risque pour la survie du fœtus. » (Journal quotidien : La Presse, 16 décembre 1998, p. A7)

Dès lors, le secteur Mère-Enfant du CHUá entendra définir son rôle au sein du réseau non plus à l'aune des niveaux de soins qu'il entend couvrir mais plutôt sous l'angle des besoins de sa clientèle locale et référée. Ce positionnement mettra en avant des valeurs quantitatives : augmenter le volume de clientèle à desservir, notamment en matière d'obstétrique et de GARE ; qualitatives : offrir une large gamme de soins complexes et requérant une expertise pointue notamment en pathologies maternelles ; humaines : éviter la séparation mère-enfant en développant le concept de soins intégrés mère-enfant²⁶.

L'ensemble de ces éléments viendra justifier en grande partie la décision de regroupement des activités d'obstétrique néonatalogie dans l'optique d'une concentration des forces disponibles sur les deux sites.

Le choix du site de l'hôpital C pour concentrer l'ensemble des activités d'obstétrique et de néonatalogie du CHUá, signera du même coup l'arrêt de mort de l'activité de néonatalogie tertiaire – jugée peu rentable – qui s'était développée à B.

Le tableau suivant résume les forces et faiblesses du secteur Mère-Enfant du CHUá qui dessineront incontestablement le scénario d'orientation retenu par la Direction générale et la Table des chefs comme nous le mentionne ce médecin rencontré.

« Je pense que l'influence politique si je peux dire, des leaders... s'est faite dans le choix du site. Donc, elle s'est exercée bien avant que le transfert se fasse. À partir du moment oùça a été décidé que ça se ferait à C, ça a été plus un service de support que de leaders. » (M)

²⁶ - Données extraites du rapport de la Direction de la planification stratégique concernant le rôle du secteur Mère-Enfant dans le cadre de la réorganisation des soins et services en contexte de fusion (novembre 1998).

Tableau IX: Forces et faiblesses du secteur Mère-Enfant en regard de l'ultra spécialisation

	Forces	Faiblesses
Obstétrique	Masse critique intéressante dans le contexte du regroupement de B et C (3000 à 3500 accouchements / an (versus 4000 à HE) Expertise développée au niveau des GARE Centre de référence reconnu Gamme complète des sur spécialités adultes Infrastructures de cliniques externes bien développées	Recherche autonome en GARE et recherche en médecine obstétricale inexistante à B et C
Néonatalogie		À B, pas de masse critique : très peu de cas de niveau 3 ces dernières années Manque de néonatalogistes Pas de réel suivi : faible volume en pédiatrie externe au campus B Aucun enseignement au niveau des 2 ^e et 3 ^e cycles Aucune recherche Incertitude de la période de transition : avenir de la néonatalogie au CHUá ?

Source : Données extraites du rapport de la Direction de la planification stratégique (novembre 1998)

En conclusion de cette partie, nous conviendrons que le schéma de restructuration du secteur de la périnatalité qui s'engage au CHUá dépasse les seules frontières de l'organisation proprement dite. Plutôt, le repositionnement stratégique de ce secteur d'activités est à resituer dans le contexte du redéploiement de cette discipline au niveau régional et provincial. Partant, la nouvelle dynamique qui s'instaure et qui va impulser le changement en est une d'habilitation et de contrainte. En effet, si le regroupement des deux secteurs d'activités de B et C, va permettre la consolidation des expertises et par là même, le développement de nouveaux projets – la reconstruction complète du secteur Mère-Enfant avec la création d'une unité d'hospitalisation ante natale et la réorganisation complète des soins dans le cadre du projet de soins intégrés mère-enfant, en sont quelques exemples – il s'accompagne en contrepartie d'un renoncement à d'autres expertises universitaires, notamment celle

de la néonatalogie qui devient la prérogative d'un autre établissement hospitalier universitaire plus avancé et équipé dans ce domaine. Ici, l'ébauche de ce que seront les Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS), mis en place par le ministère de la santé du Québec en 2003, est palpable. Elle confirme que désormais l'orientation de la mission universitaire hospitalière, ne peut plus se prévaloir d'une pratique individualiste et de compétition, mais doit plutôt jouer d'une complémentarité d'expertises pour s'accomplir.

VI.2.2 – La fusion des secteurs Mère-Enfant des hôpitaux B et C

Comme nous l'avons dit précédemment, la décision de regroupement des activités d'obstétrique et de néonatalogie s'est inscrite rapidement à l'agenda des décideurs. Toutefois, le calendrier initial qui prévoyait un transfert effectif au cours de l'automne 1998 est rapidement abandonné au profit d'un transfert rapide qui, de la prise de décision à la concrétisation, n'aura duré que six semaines et interviendra officiellement le 14 juillet 1997. Il est à noter que cette décision est prise alors que le nouveau directeur général du CHU^á est nommé depuis moins de six mois et débutera réellement son mandat en mai 1997, que le nouveau chef du département d'obstétrique-gynécologie, initialement en poste à l'HE, vient de prendre ses fonctions au CHU^á, et que les directions des trois sites préexistantes au projet de fusion sont encore en place.

Bien que de l'avis général, cette décision de transfert qualifiée de « provisoire », se justifiait au vu de la perte brutale des ressources médicales en obstétrique à B – deux gynécologues-obstétriciens sur trois présents à l'effectif quittent l'établissement au cours du mois de mai 1997 (Faucher, 1999) – pour nombre d'intervenants, cette prise de décision aura de lourdes conséquences sur l'activité du secteur tout entier.

« Bien que la direction du CHU^á persiste à dire qu'il s'agit d'une mesure « temporaire », plusieurs des personnes interrogées hier par La Presse à B, estiment que le transfert prochain des accouchements au pavillon C, supposément pour une période de trois mois, sonne le glas de ce service. » (Journal quotidien La Presse, mercredi 18 juin, p A1)

« Essentiellement, 6 semaines après tout était fait, sans préparation médicale... sans préparation de l'équipe soignante... sans aménagement de locaux... sans transfert de budget... sans planification d'utilisation des

locaux résiduels. De sorte que pendant une année, nous on a vécu, un désastre total, c'est-à-dire qu'on avait 2 équipes soignantes sur l'étage, une qui portait l'uniforme B très en vue puis l'autre qui portait l'hôpital C très en vue parce que c'était imprimé sur leur gilet. On a perdu des médecins qui ont dit : « moi, je ne veux pas vivre cette chicane là » (...) On a perdu le tiers du corps médical et on a perdu le tiers des accouchements. » (M)

« Et quand est arrivée la nouvelle... au mois de mai, mi-mai à peu près – je pourrais pas vous dire, je sais juste l'endroit où j'étais quand j'ai eu le téléphone, et finalement, la date... vraiment finale qui a été décidée, c'est que le 14 juillet, tout devait être déménagé – le personnel infirmier, l'équipement, toute la clientèle avisée, les médecins concernés, tout...une catastrophe...véritable catastrophe. » (I)

La période qui suit le transfert effectif et celle qui va conduire à une relative stabilité au sein des équipes de soins recomposées justifient qu'on s'y arrête pour plusieurs raisons. D'une part, cette chronologie permet de relever les principaux enjeux que pose cet exercice de regroupement. D'autre part, elle met en scène un acteur, tantôt individuel, tantôt collectif dont la contribution autour des nouveaux apprentissages à faire et de l'activité de régulation à mettre en oeuvre, sera déterminante pour la reconstruction d'une identité collective au sein de ce secteur.

VI.3 – L'intégration des activités du secteur Mère-Enfant : 1^e période

VI.3.1 – Le transfert des activités d'obstétrique de B à C

La décision d'accélérer le processus de regroupement des structures et des activités Mère-Enfant des hôpitaux B et C pose de nombreux enjeux. Le premier, nous semble-t-il, réside dans le fait de conduire dans la précipitation, la fermeture d'un département au sein d'un environnement organisationnel structurellement non intégré. En effet, comme nous le précisons précédemment, au moment du regroupement des activités Mère-Enfant, chacun des trois hôpitaux universitaires fonctionnait encore avec ses têtes dirigeantes respectives que ce soit au niveau de la direction générale, de la direction des ressources humaines et professionnelles ou encore de la direction des soins infirmiers.

Par ailleurs, il est important de relever que cet exercice de fusion intervient dans un contexte économique difficile qui renvoie dos à dos, deux logiques de fonctionnement. Du côté médical, la fusion des secteurs Mère-Enfant vise l'augmentation du volume des services et des clientèles dans la perspective d'un développement de la mission universitaire et de recherche, alors que du côté de l'administration, la logique tend vers une rationalisation des coûts avec pour corollaire, la mise en place d'un exercice de redressement budgétaire à l'œuvre depuis la fusion des trois centres hospitaliers.

« La fusion devait amener de l'argent au moulin: on annonçait des économies annuelles de 25 millions. Or, avant même que le mariage ne soit prononcé, les trois hôpitaux - budget actuel: 379,2 millions - écopaient de coupes de plus de 21 millions. En deux ans, on a creusé un déficit de 80 millions. [...] Une fusion d'entreprise, c'est difficile et compliqué. Dans le secteur public, c'est encore plus complexe. Mais une fusion dans le public, dans un contexte de contraintes budgétaires, ça rend l'opération carrément périlleuse!» dit le président du conseil d'administration du CHUá... »²⁷

En ce qui concerne les enjeux relatifs aux relations humaines, ils sont nombreux et constituent véritablement le cœur de notre problématique puisque qu'ils permettent d'appréhender le changement sous l'angle des actions portées par les acteurs en présence.

Pour les équipes médicales en place, les tensions émergeant de la décision de fusion et lors de la phase d'opérationnalisation se sont réglées de manière radicale par le départ successif et rapide des médecins, opposés à la décision de regroupement des deux centres et/ou aux nouvelles orientations prônées par le chef de département nouvellement nommé. Au total, sur les deux obstétriciens de B qui rejoindront les rangs de C, un seul restera et deviendra d'ailleurs le chef de service de l'obstétrique dans la nouvelle configuration du département. Deux de ses collègues généralistes choisiront de partir dès l'annonce du regroupement. Quant à l'équipe de pédiatres, elle paiera un lourd tribut, tant dans les rangs de B que de C. Une vive confrontation dès le début de la cohabitation entre ces spécialistes aux orientations et façons de faire différentes, verra le départ en quelques mois des trois pédiatres de C sur les

²⁷ - Extrait de *L'Actualité*, Vol 23 (19), 1^{er} décembre 1998, p. 46.

quatre en place et des deux pédiatres néonatalogistes de B. À l'origine de ce conflit, nous évoquerons deux éléments : 1) la décision du nouveau chef de département de privilégier la prise en charge de nouveau-nés de 32 à 34 semaines – en conformité avec le plan de restructuration retenu – au détriment de la prise en charge d'une grande prématurité qui était le fleuron du secteur de néonatalogie de B; 2) une compétition historiquement et culturellement marquée entre les deux établissements hospitaliers universitaires de B et de C.

« Les néonatalogistes... parce que eux avaient tout développé.. ils avaient la néonatalogie tertiaire alors que ici y en avait pas.. Le médecin qui était Dr. Y à ce moment-là avait monté ce département là... au niveau de l'hôpital B... elle avait tout monté le département de la néonatalogie...(..) Ils s'étaient battus pour garder ce département là... ouvert... Et...puis aussi, ils s'entendaient pas avec les médecins de C... comme je vous dis, dans l'histoire, il y a toujours eu une compétition ... entre les deux hôpitaux. » (I)

En ce qui concerne le personnel infirmier des deux centres Mère-Enfant, la situation n'apparaît pas plus simple et constitue un véritable défi pour la hiérarchie nursing en place. Il faut dire, qu'avec le regroupement de quelque 160 intervenants œuvrant auprès de la mère et l'enfant, la visibilité de ce groupe est importante tant au niveau de la place qu'il occupe au centre de la production des soins, que du pouvoir de résistance qu'il peut déployer face au changement.

En premier lieu, il faut faire accepter au personnel du secteur B, l'idée de la fermeture définitive de leur département. En effet, dans l'optique d'une entente syndicale à conclure dans les plus brefs délais – celle-ci sera signée le 10 juillet, alors que le transfert aura lieu le 14 juillet – le Directeur des ressources humaines de B paraphe un texte qui stipule qu'il s'agit d'une fermeture temporaire, justifiée par le manque de ressources médicales. À l'issue du transfert et pendant plus d'un an, le personnel infirmier de B s'accrochera à cette idée d'un retour possible, ce qui semble expliquer en partie sa volonté de garder l'uniforme de B, marqueur symbolique de son appartenance identitaire à cet hôpital, ainsi que sa résistance à toute idée de changement de ses façons de faire.

« Mais pour une question de convention et de ci ... de ça.. ça a été une fermeture dite temporaire. Alors y a beaucoup de gens qui se sont accrochés

à ça. Moi j'ai du personnel qui a cru pendant deux ans... qu'ils retourneraient à B. » (I)

En second lieu, régler dans un délai très court des ententes syndicales entre la FIIQ et la CSN des deux hôpitaux respectifs – qui appliquent des conventions collectives locales donc différentes – concernant les modalités du transfert du personnel infirmier, constitue également un enjeu de taille. Écartée des premières négociations en ce qui concerne les modalités de transfert des infirmières et infirmières auxiliaires de B, l'adjointe à la clientèle du secteur Mère-Enfant de C devra accepter certains compromis qui alourdiront considérablement la gestion de son équipe. Pendant plus d'un an, elle devra gérer quatre listes de rappel et sera contrainte de privilégier le personnel infirmier de B pour l'attribution des postes en néonatalogie sur le site de C, ce qui entraînera de nombreux conflits au sein de l'équipe infirmière recomposée, les infirmières de C se sentant lésées dans cette redistribution de poste.

En ce qui a trait à ces deux premiers enjeux : 1) la fusion des unités syndicales qui interviendra un an après le regroupement des activités de périnatalité sur un seul site; 2) l'annonce de la fusion officielle du secteur Mère-Enfant par le chef du département d'obstétrique au cours de la deuxième année qui mettra définitivement terme à toute idée de retour à B, lèveront une partie des incertitudes pour le personnel soignant de B. Ces mesures conduiront l'adjointe à la clientèle à réafficher l'ensemble des postes infirmiers sur le secteur, ce qui augmentera considérablement sa marge de manœuvre. En effet, les infirmières de B qui appliqueront sur les postes affichés dès l'automne 1998, manifestant ainsi leur désir de rester en périnatalité, accepteront tacitement l'autorité *nursing* en place et ses prérogatives. Pour celles qui décideront de retourner dans leur hôpital d'origine à B, le retour sera facilité mais le prix à payer sera d'accepter de travailler dans un tout autre domaine d'activité que la périnatalité.

« Je vous dirais – après deux ans, après que les postes – surtout pour les infirmières... que ça a été réglé la question des postes, que les gens... savaient où ils s'en allaient, quels postes ils avaient et qu'ils avaient une sécurité ... de base... minimale... qu'ils étaient sûrs qu'ils ne perdaient pas... Mais ça, un coup que ça a été fait, ça a été très aidant pour la suite. » (I)

« Il y en a après un an qu'y ont dit – Là on n'est pas fous... Pis quand un coup que les postes ont été affichés et donnés, ça, ça a aidé – y ont dit Là on

travaille... à C... C'est fini... ..B c'est fini... Ils pouvaient faire leur deuil. » (I)

Enfin, les enjeux concernant la réorganisation des lieux physiques et des soins à engager dans le contexte du transfert, ont également posé des défis de taille. Incontestablement, au moins trois éléments vont être des leviers puissants pour relever ces défis.

D'une part, le nouveau concept de soins prôné par l'équipe dès les premiers échanges sur la restructuration des soins et services dans le contexte de la fusion, et qui à l'invite des soins combinés mère-enfant à développer, va instaurer une dynamique d'échanges et d'apprentissages entre les différents intervenants concernés.

D'autre part, la rénovation majeure de l'unité qui débutera *a posteriori* du transfert initial et qui amènera, l'ensemble des intervenants des différents secteurs d'activités à une promiscuité forcée lors de leur déplacement dans des locaux de transit.

Enfin, un leadership professionnel fort, à l'image de l'équipe d'encadrement infirmier, véritable acteur du changement qui va contribuer de manière significative au processus d'intégration.

Dans la partie suivante, nous allons aborder cette seconde période de restructuration en prenant appui sur ces différents éléments de contexte qui nous permettront de mettre en scène la dynamique de (re)mobilisation d'une communauté de pratique. Nous débuterons notre description par une première phase qui correspond au mandat très institutionnel de la réorganisation des soins et qui se met en place dès le début du regroupement venant en quelque sorte, baliser les modes de pratique existants et permettre, au moins provisoirement, une stabilité relative entre les équipes réunies.

« Bon une fois que ça a été fait...avec mon infirmière chef et la conseillère en soins qui venait juste d'arriver....on a dit bon! Ce qui se faisait à B, c'était correct...Ce qui se fait ici, ce qui se faisait ici à C, c'était correct. Là c'est vrai qu'à un moment donné, y a fallu vraiment mettre les choses et dire... Tant et aussi longtemps qu'on ne révisera pas nos pratiques, chacune des techniques sur lesquelles on s'entend pas, vous allez respecter les techniques... de l'hôpital C... Vous êtes ici... vous allez respecter ça. » (I)

Dans la seconde phase, nous verrons comment le développement d'un nouveau modèle de soins visant l'intégration des soins mère-enfant, et qui va devenir la priorité du comité d'amélioration continue de l'unité, va progressivement structurer les échanges entre les professionnels du service. Cette période, où les rencontres du groupe constitué vont être l'occasion d'échanges réflexifs entre les différents professionnels en présence, va concourir à la structuration des rapports sociaux et au positionnement de chacun à l'aune de ses compétences et connaissances. Progressivement, le développement d'une multitude de groupes de travail satellisés autour de la communauté initiale va fédérer d'autres membres de l'équipe qui vont à leur tour s'investir et contribuer au rayonnement du centre.

D'autre part, au cours de cette même phase, nous verrons comment le regroupement provisoire de l'unité entière dans un autre lieu « symboliquement neutre » en mars 2000, et ce pour la durée des travaux de construction du futur centre Mère-Enfant, va favoriser les échanges entre les différentes unités. Combinée à l'exercice de réorganisation des soins à l'œuvre, cette cohabitation dans un espace confiné à l'intérieur duquel les différentes unités de soins n'auront plus de frontières marquées, permettra aux différents membres des équipes d'obstétrique, de néonatalogie et de post-partum, de se côtoyer et d'apprendre à se connaître.

VI.3.2 – L'urgence à harmoniser les modèles de pratique

La première année du regroupement des activités des centres Mère-Enfant de B et C, qui s'échelonne de l'été 1997 à l'été 1998, va être le théâtre de nombreux conflits qui vont émerger dès les premiers temps de la cohabitation, essentiellement dans le secteur de la néonatalogie et de façon moindre en post-partum et à la salle d'accouchement. Une interdépendance plus forte entre les différents acteurs de cette unité ainsi qu'une promiscuité inhérente à l'organisation physique des lieux, semblent constituer des éléments explicatifs de cette tension.

« Il y avait des heurts épouvantables... surtout en néonatalogie... après ça, je vous dirais, post-partum... la salle d'accouchement... ça s'est mieux glissé... ça s'est un peu mieux glissé... Y avait des différences aussi, mais comme les infirmières sont pas mal seules à travailler quand elles sont avec une patiente, y a eu moins de heurts. Mais en néonatalogie, c'est un travail

d'équipe et tout le monde voit ce que l'autre fait. Fait que c'est là qu'il y a eu... Et avec les médecins... la dynamique médicale qui était sur place, c'était pas facile. » (I)

Le transfert qui s'effectue sur une base volontaire, consacre l'arrivée d'une trentaine d'infirmières de B au sein de l'équipe en place à C, ce qui déstabilise fortement cette dernière confrontée à des modèles de pratique différents. Les deux premiers mois sont extrêmement difficiles et entraînent plusieurs départs chez les infirmières tant dans les rangs de B que de C. La confrontation va concerner deux groupes professionnels dominants, les infirmières entre-elles, incluant les infirmières auxiliaires, et les médecins dans leur rapport d'autorité au personnel soignant. Plusieurs infirmières, en majorité des seniors, profitent des mesures incitatives de mise à la retraite annoncées par le gouvernement au cours de l'hiver 1997 pour quitter ce climat de travail jugé insupportable. Du côté de la hiérarchie nursing, la situation n'est pas plus facile avec le départ successif de l'infirmière en soins spécialisés et de l'infirmière chef d'unité à quelques mois d'intervalle ce qui contraint l'adjointe du secteur Mère-Enfant à assumer plusieurs mandats dans le cadre de cette réorganisation.

« J'en avais une conseillère mais elle a quitté... quand est arrivé ce changement là... Il y en avait une à B... .. qui était pour ce secteur là.. Et ça y a pris quelque temps – parce que faut dire que c'est elle qui avait monté tout le département aussi... de post-partum.là-bas. C'était l'ancienne infirmière chef qui était dans ce secteur là et qui était devenue conseillère. Et qui a décidé de venir. Mais il me semble qu'elle a décidé de venir comme en août. En tout cas on a travaillé peut-être à peine trois semaines ensemble... pour moi, ça allait bien... il me semble... comme je vous dis. Je suis partie en vacances. Et quand je suis revenue de vacances, la première journée, elle m'a rencontrée, elle dit – D., je ne suis pas capable de rester... je ne suis pas capable de vivre ça. Parce qu'elle voyait les pleurs... elle voyait comment .. les réactions. Et elle a quitté le CHUá.. Elle a quitté... Elle était pas capable... Je me suis retrouvée avec aucune conseillère...seulement les assistantes. » (I)

Les entrevues individuelles que l'adjointe du secteur effectue auprès du personnel infirmier au cours des six premiers mois suivant la fusion, dressent l'ampleur des problèmes exprimés par le personnel soignant. Les deux tableaux suivants en résument la teneur.

Tableau X : Types de problèmes et leurs caractéristiques exprimés par les soignant-e-s

Problèmes ciblés	% des avis	Caractéristiques des problèmes
Incertitude	100%	Reliée aux postes À la présence ou non des soins tertiaires
Équipe médicale	80%	Manque de consensus médical Manque de collaboration avec les infirmières qui viennent d'un secteur de pratique différent de celui du médecin en poste
Pertes	80%	Pour C, sentiment de perte de leur équipe d'origine, les infirmières de B sont très nombreuses Pour B, perte de confiance en soi et de son expertise en soins tertiaires Perte de « notre chez soi » pour B et C
Vision infirmière	60%	2 approches différentes, surtout au niveau du rôle autonome de l'infirmière, les infirmières de B sont perçues comme des « exécutantes de soins » Approche de soins de néonatalogie tertiaire versus de soins intermédiaires, valeurs et philosophie divergentes
Formation	60%	Manque d'orientation, manque de visites de sensibilisation et manque de formation continue dans le contexte de la réorganisation du travail
Soutien	50%	Manque de soutien continu, d'écoute, d'ouverture de la part de la hiérarchie nursing (pénurie d'encadrement sur le secteur au moment du regroupement)
Désorganisation	40%	Division du travail compliquée et morcelée, duplication des interventions auprès des parturientes (les répondantes reconnaissent que ces problèmes existaient antérieurement à la décision de regroupement) Différence dans les techniques de soins, les protocoles médicaux, le matériel, la technologie
Qualité des soins	30%	Diminution de la qualité de l'évaluation de l'infirmière, les notes d'observation au dossier de la mère ou de l'enfant sont incomplètes et la sécurité des bébés est diminuée

Source : Résumé des entrevues organisées par la chef d'unité (19 et 29 déc. 97 et le 15 janv. 98).
Extrait des documents de travail internes - secteur Mère-Enfant du CHUá

Tableau XI : Problématiques propres aux infirmières auxiliaires

Problèmes ciblés	% des avis	Caractéristiques des problèmes
Incertitude	100%	Reliée aux postes
Compétition	100%	Entre infirmières auxiliaires de B et C
Se sentent mal traitées	100%	Vis-à-vis du reste du personnel infirmier de C

Source : Résumé des entrevues organisées par la chef d'unité (19 et 29 déc. 97 et le 15 janv. 98).
Extrait des documents de travail internes - secteur Mère-Enfant du CHUá

Au vu de ces entrevues, l'adjointe soutenue par le chef du département, va rapidement mettre en place un plan d'action à l'intérieur duquel un certain nombre de mesures vont être identifiées. L'une de ces mesures va concerner la révision de l'ensemble des techniques de soins au niveau des unités de néonatalogie et de post-partum. Elle obtient de la direction des soins infirmiers le détachement d'une infirmière bachelière à la formation qui accompagnera l'ensemble du processus de révision.

« Elle était monitrice générale... détachée un moment donné, dans mon secteur et c'est elle qui s'est occupée beaucoup au moment de la fusion du secteur...de l'harmonisation. » (I)

Cette dernière connaît bien les difficultés du service puisqu'elle était en charge des deux journées d'accueil mises en place lors du transfert du personnel soignant de B à C au cours de l'été 1997. Parallèlement à cette démarche d'uniformisation des pratiques qui va se mettre en place, l'adjointe à la clientèle va pouvoir compter sur l'aide informel d'un étudiant en psychologie, stagiaire sur l'unité qui proposera d'accompagner le personnel infirmier relocalisé dans son cheminement d'un deuil à faire.

La monitrice générale débute son mandat en effectuant des périodes d'observation au sein des trois unités de néonatalogie, post-partum, salle d'accouchement et en assistant aux réunions médicales. Rapidement, l'urgence à traiter les conflits en néonatalogie s'impose et guide son champ d'intervention. Les infirmières de B, majoritaires sur l'unité de néonatalogie de C – conformément à l'entente syndicale

conclue dont nous avons parlé plus avant – revendiquent une expertise en néonatalogie tertiaire, que leurs collègues de C ne possèdent pas. Ces dernières quant à elles, reprochent à leurs consœurs de B, leur manque de prérogatives et leur soumission à l'autorité médicale de B. Dans le vase clos de l'unité de néonatalogie, la promiscuité imposée à l'équipe médico-nursing devient rapidement explosive.

« Et c'est à force de cibler les problèmes en néonatalogie que j'ai dit – On va réviser les pratiques en néonatalogie... on est dû pour les réviser, ça fera pas de tort. Donc on parlera plus qu'à B, on fait ça comme ça... pis à C on fait ça comme ça. On va parler d'une façon CHUá. [...] Je me disais... .. Bon c'était... le rôle que je pouvais prendre et c'est comme ça que j'ai défini mon mandat. » (I)

Dès l'automne 1998, l'infirmière bachelière à la formation organise une première rencontre avec les assistantes chefs d'unité de néonatalogie et de post-partum avec un mandat clair : inscrire la révision des techniques de soins dans une perspective CHUá et non pas à la mesure des spécificités locales de l'un ou l'autre des sites. Pour elle, s'allier ces leaders hiérarchiques dans la révision des pratiques à mener, est incontournable. Non seulement, elles sont à la première ligne des situations de conflit, mais elles sont également représentatives de la diversité des cultures organisationnelles existantes, puisque l'une vient de B et les deux autres de C.

« J'ai dit – Comment faire pour pas favoriser ni B ni C... Je me suis dit – je me suis pris un rôle neutre... Et... je pense que c'est comme ça que j'ai été identifiée par les gens sur le terrain... (...) J'ai dit maintenant, on va être la première équipe qui va travailler CHUá... J'ai essayé de mettre du positif là dedans...Et comme il y avait des assistantes qui venaient de B... des assistantes qui venaient de C, je me suis dis – Bon, ça va être ces gens là qu'on va asseoir d'abord...des leaders là... [...] Donc on a... elle a révisé les horaires des gens... elle (l'adjoindé à la clientèle) a libéré les gens... Et au début, je me souviens pas combien de jours de suite.. on a fait peut-être deux jours de suite à temps plein... c'était difficile, parce que c'était jour, soir, nuit. Donc on s'est assis. Moi j'ai ciblé des... actes. Et elles m'ont donné leur avis sur... des techniques de soins, des procédures, des actes qu'elles trouvaient plus... .. irritants... où les façons de faire se rejoignaient pas, le matériel n'était pas le même... On a fait le tour...et ça a permis comme de structurer le travail du groupe à venir. » (I)

Le groupe de travail qui se met en place à la suite de cette première concertation va avoir le mandat de réviser les techniques de soins les plus usitées, essentiellement au sein de l'unité de néonatalogie. Stratégiquement, la monitrice générale décide de

mettre en présence des représentantes des deux groupes infirmiers de B et de C. Bien qu'encadré par la hiérarchie infirmière, puisque l'adjointe à la clientèle assiste aux séances de travail, le groupe se constitue sur une base volontaire, les membres intéressés étant cooptés par leurs pairs. Il s'agit d'un groupe restreint qui réunit - outre l'adjointe à la clientèle du secteur Mère-Enfant - l'infirmière à la formation, l'assistante au poste de la néonatalogie, l'assistante au poste de soir au post-partum, et une infirmière par quart de travail de jour et de soir de ces deux unités.

Pour chacune des réunions qui s'organisent une ou deux fois par semaine, un ordre du jour est établi, des objectifs et un but, sont ciblés. La régulation qui s'instaure au sein du groupe donne préséance au principe d'autorité qui va fortement structurer la dynamique de travail et les échanges au sein du groupe. Mais contrairement aux apparences, cette autorité ne sera pas l'apanage d'un leader hiérarchique positionné dans le groupe, mais plutôt celle de la meilleure connaissance scientifique disponible qui viendra finalement statuer sur la bonne décision à prendre.

« Puis on a révisé de façon objective.. C'est pas que un ou l'autre a des meilleures pratiques... c'est... on peut regarder ce qu'y a de bon dans les deux.. mais on va aller se baser sur la littérature.. Et on l'a... sorti. Là ça a commencé un peu... à mieux aller dans le sens que les gens ont confronté leur façon de faire et puis le consensus s'est fait sur du ...tangible là...sur ce que la littérature nous disait. » (I)

« Et finalement, on a révisé... toutes... j'hésite entre 25 - 50... je me souviens pas... je trouve que 50, c'est beaucoup. 25...30... techniques. J'avais le rôle. ... je me suis donné le rôle - j'ai validé avec eux... j'avais le rôle de... faire les recherches... d'aller, de leur apporter...le matériel de... d'écrire les techniques, les nouvelles techniques... en leur fournissant aux prochaines rencontres.. la justification du choix par rapport à ce que nous disait la littérature et on allait... elles allaient valider chacune sur leur quart de travail... avec les équipes... si on avait ... si c'était correct ou pas. » (I)

Au cours de l'année 1998-1999, une trentaine de techniques et procédures seront ainsi passées en revue et nécessiteront une mise en commun des façons de faire, un partage de connaissances et de nouveaux apprentissages à réaliser autour des « meilleures pratiques » de soins disponibles. Pour nombre de nos interlocuteurs rencontrés, ce premier échange autour d'une réactualisation des connaissances forçant à des

apprentissages tant individuels que collectifs, sera un levier puissant pour atténuer les irritants émergents de la confrontation entre des façons de faire différentes.

« D'arrondir... d'arrondir les coins...ça a aidé beaucoup (...) De faire un bout de chemin chacune...Puis moi, j'étais sur le groupe...moi j'ai participé à ça...fait que là, y ont dit – Oui elle a accepté elle...ça va...Ceux de C...C a accepté ça va...Okay on va mettre un peu d'eau dans notre vin...on va y aller de cette façon...Fait que ça a aidé dans ce sens là. Parce que, à un moment donné, la technique est affichée...là on s'en va de même. » (I)

« Mais...le fait d'avoir révisé les techniques de soins en néonatalogie, ça a diminué les irritants... ça, c'est sûr... Ça a comme permis aux filles de s'appivoiser...Moi je dis toujours, c'est comme un remariage quand tu vas t'installer chez l'autre...Tant que t'as pas mis tes choses...tes marques à toi...ça peut pas aller...là, c'était pareil...Dire autour d'une table...les preuves en main...ben ce que je fais c'est correct...C'est une façon de dire aux autres... : "Bon voilà, j'ai raison". » (I)

« Elle amenait beaucoup de partage – beaucoup de choses... pour vraiment voir là-dessus – ce qui est bon et pas bon....Ça a été vraiment aidant pour l'équipe...C'était plus B ou C, c'était... c'est quoi qui se fait de mieux actuellement, pour les bébés...On s'est renforcée toutes. » (I)

La production de nouvelles connaissances émergeant des rencontres et réifiée sous la forme de procédures écrites disponibles au poste de soins viendra concrétiser l'investissement et l'engagement des membres du groupe. De plus, ces traces écrites et prescrites constitueront un référentiel commun pour les membres de l'équipe. Enfin, pour les infirmières de B qui participeront au groupe - celles à qui les infirmières de C reprochaient le manque de leadership clinique – ce sera l'occasion de développer de nouvelles compétences en matière de connaissances explicites.

« Par contre, les règles ... je pense qu'elles en avaient moins. Elles avaient moins d'assurance par exemple pour affirmer les choses, pour expliquer leur démarche, pourquoi elles utilisaient telle tubulure pour tel soin. Pourquoi, leur façon était plus correcte...La révision en groupe, ça les a éveillées à ça...à cette rigueur là qui existait ici...Si tu fais ça, tu dois être capable d'expliquer pourquoi c'est correct comme ça... » (I)

Enfin, le travail du groupe durant l'année qui va permettre à chacune d'apprendre à se connaître, va concourir au développement d'une certaine forme de solidarité entre les infirmières de B et C vis-à-vis de l'équipe médicale, notamment en néonatalogie.

« Par exemple je me souviens...là, je vous disais tout à l'heure, un pédiatre de B, voulait toujours parler à une infirmière de B, puis le contraire était vrai aussi...Alors, il y avait de la chicane...Au téléphone le pédiatre disait : « vous êtes qui ?...passez moi X » - parce que c'est l'infirmière avec qui il avait l'habitude...Moi, un jour j'ai pris le téléphone que me tendait la collègue et j'ai dit "elle est aussi capable que moi de vous répondre Dr J"...et c'était réglé . » (I)

Si la mise en commun des façons de faire et les nouveaux apprentissages à travailler ensemble qu'elle a permis de produire, ne vont pas pour autant faire disparaître l'ensemble des divisions internes à la grandeur de l'unité, ils vont néanmoins être des agents facilitateurs pour le changement entrepris et celui à venir. D'une part, la formule « petit groupe de travail impliqué autour d'une problématique spécifique » va s'institutionnaliser au sein du secteur et va se reproduire comment autant de rouages pour conduire le changement. D'autre part, chacune des expériences de « travail en commun » va laisser des traces, distillant ça et là « des noyaux de compétences distinctes » ou des référentiels de pratique co-construits. Ainsi, en est-il ici, de l'implication de certaines infirmières qui se répètera par la suite dans d'autres groupes de travail ou de documents produits qui constitueront autant d'outils qui serviront de support pour les projets futurs. C'est aussi le cas, du rôle de l'infirmière à la formation qui – son mandat terminé – restera une personne ressource pour les infirmières qui l'auront côtoyée. À l'occasion, elles feront appel à elle, lorsqu'un jugement clinique les opposera, lui demandant, au vu de la meilleure connaissance disponible, de trancher sur la bonne décision à prendre

« Puis par la suite...après le comité...Ça a continué...On avait un besoin...on n'était pas d'accord sur une procédure...ou on ne savait pas la bonne façon de procéder...On l'appelait, c'était devenu comme automatique...une ressource...qui nous départageait...elle disait : « laissez moi vérifier ça, je vous reviens »...C'était bien l'fun avec elle...elle ne prétendait pas tout savoir... » (I)

Cette première phase qui permet une stabilisation relative des rapports entre les membres de l'équipe infirmière de néonatalogie, correspond à une phase de transition dans le processus de changement engagé. La deuxième phase qui débute parallèlement à celle-ci, et qui concerne l'implantation du nouveau projet de soins combinés mère-enfant va mettre en scène le même processus de concertation par la

mise en place d'une dynamique de gestion participative du changement, cette fois à la grandeur du secteur. Pour les acteurs que nous avons rencontrés, l'implantation de ce nouveau concept de soins correspondra véritablement à un exercice de fusion dans la fusion. Bien que cette nouvelle restructuration interne, source d'une transformation importante des organisations de travail en place, apportera également son lot de frustration – notamment parce qu'elle impliquera la mobilité permanente du personnel infirmier sur les trois structures existantes – elle sera l'occasion d'un énorme travail collaboratif dans la conduite du changement.

Dans la partie suivante, nous allons aborder cette seconde période en suivant le cheminement d'un petit groupe de leaders professionnels, surtout infirmier, aux prises avec ce nouveau modèle de soins à implanter. Si les groupes de travail qui vont accompagner cette 2^{ème} phase de changement offrent plus la configuration d'équipes projet que de CoPs, nous verrons néanmoins que leurs missions découlent d'une structure pérenne : le comité d'amélioration continue que le domaine de la périnatalité fédère autour d'un objectif commun : l'utilisation des meilleures connaissances disponibles en matière de soins de maternité centrés sur la famille²⁸ - et qui lui, présente les caractéristiques d'une CoP. Dans ce contexte, l'implantation d'un modèle de soins intégrés mère-enfant deviendra l'affaire de tous et chaque professionnel au vu de ses compétences et connaissances, apportera sa contribution au projet.

Nous débuterons cette partie par la description du modèle de soins intégrés mère-enfant que l'équipe souhaite implanter dans le cadre de la reconfiguration du secteur. Cette mise au jour permettra de mettre en perspective le rôle joué par l'ensemble des membres de l'équipe dans la production des soins et plus particulièrement, celui du corps infirmier, considéré par nous comme central dans cette distribution. Partant, nous aborderons la dynamique du changement telle qu'impulsée par les leaders infirmiers et verrons comment l'approche de gestion participative mise de l'avant pour implanter cette nouvelle approche, va permettre aux uns et aux autres de

²⁸ - Les soins de maternité « centrés sur la famille » donnent préséance à une conception des soins où la famille, telle que définie par la femme qui accouche, et les intervenants de l'équipe sont partenaires (Projet : soins combinés mère-enfant, Secteur Mère-Enfant du CHUá, 1998)

s'approprier le projet. À l'aune de l'engagement et de la participation des acteurs au changement, les moyens mis en place vont structurer les échanges entre la ligne hiérarchique et les différents membres de l'équipe de soins recomposée. La mise en commun des connaissances disponibles, la structuration des apprentissages à faire autour de cette nouvelle organisation de soins à mettre en place, mettront sur un pied d'égalité les membres des équipes initiales de B et C, confrontés alors aux mêmes incertitudes. À l'issue de cette période, pour les unes et les autres, il s'agira de faire l'apprentissage d'un nouveau mode de distribution des soins que la (re)construction physique du secteur Mère-Enfant viendra concrétiser.

VI.4 – L'intégration des activités du secteur Mère-Enfant : 2^{ème} période

VI.4.1 – Le nouveau projet de soins intégrés mère-enfant : une fusion dans la fusion

Les différentes étapes du projet de soins combinés mère-enfant du CHU^á vont s'échelonner de l'automne 1998 à l'été 2002. Conformément au rapport du comité médico-nursing de 1997, ce projet fait partie intégrante des objectifs qui y ont été définis et que nous rappelons brièvement ici²⁹ : 1) développer une meilleure masse critique pour répondre aux caractéristiques d'un établissement de calibre universitaire tant en termes de soins que d'activités d'enseignements et de recherche ; 2) s'engager dans une complémentarité de services périnataux (cliniques, d'enseignement et de recherche) avec le CHU de HE ; 3) implanter un nouveau concept de soins qui réponde aux besoins de la clientèle et qui soit attractif pour le recrutement de nouvelles ressources, médicales, notamment.

Cette nouvelle philosophie de soins qui accorde une place prépondérante aux soins centrés sur la famille prône une cohabitation complète de cette dernière tout en

²⁹ - Données extraites du document de travail du comité médico-nursing réalisé dans le cadre du rapport d'étape de 1997. Ce comité réunissait des membres des équipes du secteur Mère-Enfant des hôpitaux B et C.

privilégiant la diminution du nombre d'intervenants et la fragmentation des tâches dans le but de favoriser l'intimité et le congé précoce de la mère et de l'enfant. Dans ce type d'approche, l'infirmière est au centre de la production des soins et endosse tout à la fois un rôle de support, d'enseignement et d'assistance à la famille. Elle doit faire montre d'une polyvalence d'exercices puisque son champ d'intervention recoupe toutes les sphères de la périnatalité (ante-partum, accouchement, post-partum, néonatalogie). Enfin, inscrite dans une logique de soins globaux, elle est la partenaire privilégiée des membres de l'équipe interdisciplinaire et des intervenants de la communauté dans une perspective de continuité des soins.

Nous l'aurons compris, le développement de ce nouveau concept de soins établi par l'équipe médico-nursing, implique une restructuration complète de l'organisation des soins mère-enfant du secteur puisqu'il s'agit d'abandonner la prise en charge traditionnelle de la maternité qui voyait l'accouchement se dérouler en chambre de naissances, avec subséquemment un transfert de la mère en chambre privée ou semi-privée et celui du nouveau né, en pouponnière générale. Dans le nouveau modèle d'organisation des soins retenu par l'équipe, la fragmentation des soins disparaît au profit d'une prise en charge de la dyade mère-enfant par une seule infirmière voire par un binôme infirmière-infirmière auxiliaire. Par ailleurs, la logique de décloisonnement des structures existantes, voulue par l'adjointe à la clientèle mère-enfant, privilégie la mobilité du personnel infirmier qui devrait, au terme de l'implantation du projet, effectuer une rotation sur les trois structures existantes : la salle d'accouchement, le post-partum et la néonatalogie. Dans les faits, cela signifie qu'au terme de l'implantation du projet, toutes les infirmières du secteur devront avoir acquis les connaissances et habiletés nécessaires à une polyvalence d'exercices dans ces trois secteurs d'activités.

La réorganisation des soins envisagée concerne également l'équipe médicale et plus particulièrement les pédiatres qui devront désormais effectuer leur visite aux nouveau-nés, non plus à la pouponnière générale comme précédemment, mais dans les chambres privées au contact direct des familles.

Le tableau suivant offre une synthèse de l'épisode de soins de la dyade mère-enfant tel qu'il se donne à voir dans le cadre du nouveau concept de soins retenu.

Tableau XII : Chronologie de l'épisode de soins intégrés mère-enfant

Étape	Lieu	Démarche de soins et type de personnel concerné
Triage	Salon	Évaluation période de latence du travail par l'infirmière référente
Admission	Chambre de naissance	Trois étapes de la naissance : Travail, accouchement, récupération Même infirmière référente Famille présente
Naissance	Chambre de naissance	Délivrance effectuée par le gynécologue obstétricien ou médecin de famille sous supervision, assisté par l'infirmière référente
Récupération	Chambre de naissance (1 à 2 heures)	Soins nouveau-né fait par l'infirmière référente
Transfert	Dyade mère enfant en chambre privée post-partum (cohabitation)	Infirmière référente passe le relais à infirmière soins intégrés post-partum (rapport – consignes) Personne significative, peut rester au chevet de la mère et de l'enfant
Suivi	Chambre privée Garderie de 4 berceaux disponible près du poste de soins	Même infirmière qui suit la dyade mère-enfant. Met en place les enseignements : soins du nouveau-né, allaitement et le suivi post-natal de la mère. Travaille en collaboration avec infirmière auxiliaire qui reste sous sa supervision. Interlocutrice directe du pédiatre, du gynécologue et de tout intervenant susceptible d'intervenir au cours de l'épisode de soins.
Congé	40 à 60 heures post naissance	Infirmière référente post-partum assure lien avec la communauté. Au besoin un RDV est donné à la clinique de nourrissons ou référence en CLSC
Congé +	24 à 40 heures post-congé	Appel clinique de relance au besoin

Source : Document de travail comité ad hoc, février 1997

Pour le secteur Mère-Enfant, l'ampleur du changement et les enjeux qu'il sous-tend sont considérables. En effet, la transformation à opérer touche tout autant le secteur comme entité – puisqu'il s'agit de reconfigurer physiquement l'unité entière – que ses logiques de régulation puisqu'il faut redéfinir et donc renégocier de nouveaux modèles de rôles et de collaboration entre les membres de l'équipe interdisciplinaire recomposée. Ici, autour d'un groupe professionnel central et dominant – les

infirmières – chaque professionnel intervenant auprès de la mère et/ou de l'enfant va devoir négocier sa propre marge de manœuvre. Une fois de plus, c'est autour de la meilleure connaissance disponible que les échanges entre les membres vont se structurer et que la nouvelle organisation du travail va prendre forme.

Le comité d'amélioration continue, une structure préexistante au projet de fusion mise en place par l'adjointe à la clientèle mère-enfant de C dès les premiers exercices d'autoévaluation préconisés dans le cadre des démarches d'agrément, va devenir le moteur de ce changement à implanter.

Bien que les leaders infirmiers soient au centre de la configuration de ce groupe – l'adjointe à la clientèle en est la présidente et la conseillère en soins spécialisés mère-enfant va être cooptée pour animer les débats du groupe – chaque professionnel œuvrant en périnatalité, intéressé au développement des meilleures pratiques disponibles est représenté. Ainsi, un gynécologue, un omnipraticien accoucheur, une infirmière des cliniques externes, une infirmière bachelière spécialisée en allaitement maternel, les assistantes chefs d'unité (ACU) et l'infirmière chef d'unité, un pédiatre, une psychologue et une travailleuse sociale assureront une présence régulière au sein de ce comité.

Contrairement au cas précédemment exposé, où l'émergence de la communauté intervenait consécutivement au regroupement d'unités, posant les principes d'une interdisciplinarité à reconstruire ensemble, ce cas-ci met en scène une forme préexistante de CoP organisée autour d'une démarche d'amélioration continue des pratiques en périnatalité à laquelle elle a décidé de se consacrer.

Ici, l'implantation du nouveau projet de soins intégrés mère-enfant qui nécessite une restructuration importante des organisations de travail, et l'arrivée de nouveaux membres à l'intérieur du groupe, vont être l'occasion de son repositionnement autour de nouvelles règles et apprentissages en commun à faire.

Cette fois encore, nous utiliserons l'archétype proposé par Wenger, McDermott et Snyder (2002) dans leurs plus récents travaux sur la gestion des communautés de pratique pour suivre son évolution dans le temps.

VI.5 – Le comité d’amélioration continue : une CoP préexistante au projet de fusion

À l’origine, le comité d’amélioration continue offre la configuration d’un groupe de travail multidisciplinaire qui se met en place à l’occasion de l’exercice d’autoévaluation à réaliser dans le cadre de la démarche d’agrément de 1996.

À l’appui de la recommandation de la direction hospitalière de C qui encourage la formation de tels groupes de travail pour conduire l’exercice d’agrément, l’adjointe à la clientèle de C sollicite la participation des membres de son équipe pour l’accompagner dans cette démarche. Le groupe qui se met en place est préexistant au projet de regroupement des activités Mère-Enfant et son pendant n’existe pas à l’hôpital B.

« Mais avant le comité d’amélioration continue avant la fusion... de B.. Il a dû démarrer... selon moi... dans les années 94-95... Où on avait des réunions multi ... une fois par deux mois... pédiatres médecins... accoucheurs... infirmières. TS – psychologues... On travaillait sur certains points.[...] D’ailleurs c’était sur les recommandations du conseil d’agrément qu’il y ait des comités d’amélioration continue multi.. Alors nous, on suivait ces recommandations là.. On a probablement été un des premiers départements à C à le faire de façon régulière et à rencontrer ces exigences là [...] quand on a fusionné, avec B... ça s’est maintenu. » (P)

« Donc il y a certains membres en fait qui étaient à B – je pense notamment au docteur X qui sont venus s’intégrer dans ce groupe déjà existant. Parce que je crois que à B, il n’y en avait pas de comité d’amélioration continue [...] C’était nouveau pour eux de...de voir la périnatalité...son évolution dans un cadre multidisciplinaire. » (P)

L’originalité de ce groupe qui le distingue d’un groupe classique de travail, tient dans son évolution et dans la place déterminante qu’il va prendre dans le cadre de la restructuration du secteur Mère-Enfant. En effet, alors que les autres équipes mandatées dans le cadre de l’exercice d’autoévaluation de la démarche d’agrément hospitalier se défont généralement une fois leur mandat rempli, et sont composées essentiellement de personnel d’encadrement, ce groupe-ci va évoluer différemment.

D’une part, il a fait de la démarche d’amélioration continue des connaissances et pratiques en matière de soins mère-enfant, une véritable philosophie de soins et s’est

transformé en structure pérenne, devenant l'acteur incontournable des projets en développement du secteur.

« Quand j'ai mis ça en place, j'ai dit – Bon d'abord, on va faire des objectifs communs tout le monde ensemble médecins, travailleuse sociale, psychologue... On va dire – Cette année, notre objectif... pour la clientèle, on vise quoi. Là on parlait... pis on décidait ensemble des responsabilités de chacune....des rôles de chacun dans les objectifs d'amélioration à apporter. » (I)

La réputation du groupe dépasse les frontières de l'unité et ses réalisations seront maintes fois citées en exemple, notamment par le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS), qui qualifiera la dynamique du groupe en place de « modèle du genre ».

« Il s'agit d'une équipe modèle aux yeux des visiteurs. Madame X a d'ailleurs reçu des félicitations à cet égard pour la qualité de son leadership. On y pratique une approche d'amélioration continue de la qualité qui est bien intégrée et qui fait partie des activités courantes de l'équipe. On se donne des mandats en sous-comité et on s'appuie sur une participation très active du corps médical et de l'ensemble des professionnels concernés. »³⁰

D'autre part, la participation au groupe n'est pas l'apanage des leaders hiérarchiques et offre plutôt une configuration conforme à l'activité du secteur. Comme nous l'avons identifié plus haut, on y retrouve entre autres des représentants du corps médical, du corps infirmiers et des professionnels non médecins – notamment des psychologues et des travailleurs sociaux – qui maîtrisent un champ d'expertise pointu dans le domaine de la périnatalité et que le développement de la meilleure connaissance disponible en matière de soins mère-enfant, rallie.

« Ce comité là... c'était... vous avez vu les membres.. les infirmières en obstétrique... l'allaitement... le post-partum.. Il y a la psychologue la travailleuse sociale.. Il y a l'infirmière de clinique d'obstétrique... l'infirmière-chef... et l'infirmière clinicienne qui fait l'enseignement... qui prépare un peu les équipes dans les améliorations à apporter... [...] Il y a aussi l'obstétricien. Et tout ce monde là discute ensemble et donne un peu la direction de ce qu'y faut améliorer [...] Ça fonctionne sur le constat des dysfonctionnements, mais aussi par rapport à des nouvelles pratiques qui se font ailleurs et que les uns et les autres ont entendu parler. » (M)

³⁰ - Note extraite du rapport synthèse visite d'agrément 2000 au CHUá (CHUá, 2001, p. 5)

Dans ce contexte, si le point de départ des rencontres du groupe – ce qui a légitimé le regroupement de ses membres – vise initialement à répondre à une commande institutionnelle, c’est bien une dynamique d’apprentissages en commun qui va l’animer progressivement, mettant en avant un objectif d’amélioration continue des pratiques et activités de soins – donc des meilleures connaissances à maîtriser dans le domaine – et qui va devenir le moteur de l’engagement des membres du comité.

Dès lors, tant la recomposition du groupe qui intervient dans le cadre du regroupement du secteur Mère-Enfant de B et C et qui voit l’arrivée de nouveaux membres donc de nouveaux apprentissages sociaux à faire, que la plate-forme commune qui va y être redéfinie, vont être représentatifs de cet intérêt collectif à l’intérieur duquel le nouveau modèle de soins combinés va venir prendre place.

C’est sur la base d’un équilibre à retrouver entre incubation et démonstration de l’apport de valeur, auquel les nouveaux membres vont souscrire, que cette CoP existante que nous dénommerons pour la circonstance « communauté de meilleures pratiques » va trouver un nouvel élan.

Dans l’évolution du cycle de vie de cette communauté, nous avons volontairement fait abstraction de l’état potentiel de cette communauté de pratique. En effet, tant les valeurs qu’elle prône; la recherche de l’excellence, que le but qu’elle s’est fixé – utiliser les meilleures connaissances disponibles en matière de périnatalité –, montrent qu’elle a dépassé ce stade initial. Nous retracerons donc son évolution à partir de l’étape d’unification rendue nécessaire par l’arrivée de nouveaux membres et des nouveaux enjeux que pose le développement du modèle de soins intégrés.

VI.5.1 – L’unification des membres

La dynamique qui va se mettre en place dès les premières rencontres des membres du groupe recomposé au cours de l’automne 1998, va consister à réactiver une compréhension mutuelle du domaine sur lequel chacun apportera sa contribution.

Pour les nouveaux venus, il s’agit de percevoir les intérêts à participer à la dynamique du comité en place et d’y acquérir une légitimité. Pour les anciens, il s’agit de reconstruire une base de relations solide entre les membres et de créer un climat de

confiance propice aux échanges. Plusieurs facteurs vont contribuer à faciliter ce processus.

L'adjointe à la clientèle Mère-Enfant qui est le membre fondateur du comité, est un acteur clé dans ce processus. Elle est un pilier du secteur Mère-Enfant de C où elle a cumulé les fonctions d'assistante chef d'unité (ACU) au post-partum, puis à la néonatalogie pendant plus de dix ans avant de devenir responsable de la clientèle Mère-Enfant de ce secteur. Son leadership est incontesté et incontestable, et dès les premières étapes du projet de fusion des secteurs Mère-Enfant du CHUá, sa participation aux différentes tables de travail est indéfectible. Son engagement louangé par la Direction du CHUá lors de la visite d'agrément en 2000 ainsi que sa bonne connaissance de l'ensemble des dossiers concernant la périnatalité, lui confèrent une crédibilité importante, tant auprès de son supérieur directe, la Direction des soins infirmiers, qu'auprès de l'équipe médico-nursing de C.

« Un roc...là, quelqu'un de solide...d'autoritaire aussi qui connaissait bien son affaire...et sur qui je me suis beaucoup appuyé quand je suis arrivé ici. » (M)

La consolidation de son équipe d'encadrement au cours de l'année 1998 avec l'arrivée d'une infirmière chef d'unité Mère-Enfant dont le mandat principal va être de l'accompagner durant la phase d'intégration.

« Moi quand je suis arrivée – moi je suis quelqu'un qui ne connaît pas du tout l'obstétrique – j'ai aucune notion... même quand je suis arrivée là, j'ai dit aux filles – Je ne peux même pas vous dire que j'ai eu un bébé... j'en ai pas. Fait que moi je suis arrivée en leur disant – Je suis pas ici – je ne suis pas une experte.. Je ne pourrai pas trancher dans vos questions techniques... moi je viens ici pour faire un autre genre de travail... Pis dans ma tête, c'était beaucoup un travail d'accompagnement. C'est sûr qu'y avait tout le côté gestion... personnel... tout ça. Il y avait aussi un gros travail d'accompagnement ... consolidation d'équipe à faire... » (I)

Puis, d'une conseillère en soins spécialisés qui sera chargée de l'animation du groupe – toutes deux issues de l'hôpital C – va contribuer à asseoir un leadership infirmier déjà puissant à l'intérieur du comité d'amélioration continue.

« Souvent en milieu hospitalier ... les infirmières osent pas parler... pis sont soumises quand c'est le médecin qui décide, on dit plus un mot. Peut-être

que parce que c'était la chef... déjà à l'époque c'était X qui coordonnait le comité... Son adjointe n'avait pas la langue dans sa poche non plus. Alors je dirais que c'est peut-être [...] Je pense que ça... a coloré aussi la place des infirmières... d'emblée... selon moi! » (P)

Par ailleurs, l'équipe noyau du comité qui se réunit déjà depuis trois ans au moment du regroupement du secteur, compte dans ses rangs des expertises pointues en périnatalité, ce qui va contribuer à en augmenter la légitimité et la valeur du groupe.

« Je pense... moi je regarde – c'est sûr quand ça a commencé... j'avais quand même 20 ans d'expérience, je n'étais pas une petite jeune de 25 ans qui commence et qui ose pas dire un mot non plus. Je pense que c'est aussi la solidité professionnelle des gens... qui composaient le comité qui a coloré le comité. » (P)

« Pis... la psychologue qui était là ... c'était aussi quelqu'un de très solide et qui était là depuis longtemps. Je pense... .ça roulait. » (I)

C'est donc à partir d'une stabilité préexistante où la notoriété et le leadership d'un leader au sein du groupe ainsi que la présence d'éléments forts qui structurent l'équipe noyau de la CoP d'origine, sont avérés que le comité recomposé va prendre un nouvel élan.

Pour les nouveaux venus, les bénéfiques à rejoindre l'équipe sont multiples. D'une part, leur expertise va être sollicitée pour le développement d'une meilleure connaissance en matière de périnatalité et d'autre part, ils intègrent un cercle restreint mais dont la visibilité dépasse, comme nous l'avons vu précédemment, les frontières de l'unité.

« Il y a eu toute la fusion... de tous les secteurs donc mon assistante... qui était de jour et qui est restée dans le poste à ce moment-là... qui venait de B... était... .. j'avais des assistantes – trois assistantes de jour...qui venaient d'être nommées... étaient sur ce comité-là aussi et puis un pédiatre de B...et c'était important de travailler ensemble...de collaborer. C'était une opportunité de travailler ensemble...un lieu d'échanges... [...] Oui...Stimulant...Participer à ce groupe...à l'amélioration de nos pratiques...c'était ça l'intérêt pour ce groupe là....qui fonctionnait déjà avant la fusion. De voir qu'on pouvait faire autre chose que de se chicaner pour tout et rien... » (M)

« Ce n'était pas facile au début...arriver là en étant de B. ... pis de la néonate de B. Eux se connaissaient bien...Nous on arrivait là...mais on avait des

expertises. Moi, j'ai senti ça comme ça. J'étais ACU ici en néonatal...puis je venais de B. Alors...doublement c'était important d'être là.» (I)

Le développement d'une vision commune autour des services et programmes à implanter ou à réviser dans le cadre d'une amélioration continue des pratiques, va rythmer le cheminement et les activités de la communauté comme nous pourrons le constater à la lecture du bilan des objectifs réalisés sur la période 1999-2002.

VI.5.1.1 – Un apprentissage social fortement régulé

Les documents de travail et autres comptes-rendus de réunions que nous avons analysés nous montrent que la régulation est au cœur de la dynamique de fonctionnement du comité d'amélioration continue et des sous-comités qu'il chapeaute. Plusieurs mécanismes concourent ainsi à la structuration de la dynamique de travail et des échanges entre les membres lors de leurs rencontres.

Le groupe se présente avant tout comme un centre de compétences. Les membres qui en font partie (une douzaine de personnes environ) possèdent tous une expertise spécifique dans le champ de la périnatalité, à laquelle s'ajoute pour certains d'entre eux, une fonction plus administrative et institutionnelle comme c'est le cas pour l'adjointe à la clientèle ou encore l'infirmière chef d'unité.

L'intérêt commun des membres du groupe concerne l'amélioration continue des pratiques cliniques pour la mère et pour l'enfant et constitue en quelque sorte, sa plate-forme commune. En cela, la mise en place du nouveau concept de soins qui nécessite une restructuration importante des organisations de travail et une mise à niveau des compétences professionnelles, notamment infirmières, à la fine pointe de la connaissance disponible, concerne et rejoint l'intérêt de chacun des membres du groupe.

Un certain nombre de règles de fonctionnement existent et régulent les rencontres des membres. Le comité se réunit à la fréquence d'une rencontre mensuelle. Préalablement aux séances de travail, un ordre du jour est établi et envoyé à chacun des membres et toutes les rencontres débutent par un compte-rendu de la réunion précédente. Une secrétaire assiste à chacune des réunions. C'est à elle qu'il revient de

prendre des notes et d'en faire une synthèse sous la supervision de l'infirmière en soins spécialisés, et d'acheminer les comptes-rendus aux membres avant chaque rencontre.

Une planification annuelle d'objectifs à atteindre est établie par les membres du groupe en septembre de chaque année. Un bilan présenté sous forme de tableau et discuté lors de la dernière séance de rencontre des membres avant la période estivale, permet d'évaluer la production du groupe et de juger de l'atteinte des objectifs qu'ils soient d'ordre administratif, clinique ou concernant les activités de rayonnement.

Les règles d'autorité sont également visibles et positionnent chacun des acteurs en regard de ses mandats voire de ses expertises. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, le corps professionnel infirmier est surreprésenté à l'intérieur du comité et assume en grande partie la charge inhérente à la régulation sociale du groupe.

Ainsi, les analyses documentaires de même que les observations menées sur le terrain, nous montrent que de tous temps, ce sont les leaders infirmiers – d'abord hiérarchiques avec l'adjointe à la clientèle Mère-Enfant et l'infirmière chef d'unité, puis en regard de leur expertise dans le domaine avec la conseillère en soins spécialisés mère-enfant – qui ont assuré le développement d'une cohésion à l'intérieur du groupe, notamment par leurs qualités de rassembleur et d'animateur.

« J'étais responsable de toutes les activités reliées au secteur... responsable du comité d'amélioration continue... partenariat avec les médecins.. Ça faisait partie de mon rôle de responsable de secteur. J'étais donc présidente du groupe...puis quand X est arrivée...comme conseillère en soins spécialisés, c'est elle qui a pris ... comme le rôle d'animatrice dans le groupe. » (I)

Par ailleurs, les assistantes chef d'unité (ACU) de la salle d'accouchement, de néonatalogie et de post-partum, qui sont en quelque sorte, les pivots de l'information entre le centre opérationnel des soins et « la «communauté de meilleures pratiques» », ont une présence quasi obligatoire au sein du groupe.

« Ma place dans le comité d'amélioration continue, c'est un peu...comme un lien qu'on fait entre la pratique...la réalité quotidienne du travail et les objectifs d'amélioration qu'on veut atteindre ici. On est capable de dire ce

qui fonctionne et ce qui va pas...et bien sûr comment les filles vivent ces changements là.» (I)

En ce qui concerne les autres membres du comité, des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, c'est tout à la fois l'expertise qu'ils possèdent dans un champ particulier de la périnatalité et qui leur donne « autorité » et leur intérêt à participer au développement des meilleures pratiques, qui justifient leur présence au sein du groupe. Ainsi en est-il de l'infirmière bachelière spécialisée en allaitement maternel ou encore de la travailleuse sociale qui a développé une expertise poussée dans la prise en charge de la clientèle toxicomane.

Dans cette configuration, si pour certains la présence aux réunions ne constitue pas une option – comme c'est le cas pour les assistantes au poste – pour d'autres, soit la majorité, elle procède d'un choix calculé, essentiellement parce qu'elle donne l'opportunité à chacun d'interagir au plus près du processus de décisions concernant la révision des pratiques cliniques ou en regard d'une problématique particulière à régler et pour laquelle ces professionnelles considèrent avoir les compétences requises. Ici, bien que le pouvoir médical entende rappeler parfois ses prérogatives, l'autorité se fait également « collective » autour des meilleures décisions à prendre.

« Moi... (rires)...J'avais des tas de raisons d'être là, d'une part comme médecin spécialiste...je suis pédiatre...les questions et les décisions concernant la prise en charge des bébés, ça me concerne directement, puis mon collègue était pas intéressé à s'intégrer dans ce groupe là...et puis je viens de B ...et c'était bien je pense d'amener autre chose...un autre point de vue...parce c'était des cultures bien différentes hein...on a dû vous en parler... Alors, pour se faire connaître et donner son point de vue...c'est le lieu.» (M)

« C'est sûr, le comité d'amélioration continue c'est la structure du service, c'est une philosophie... donc je pense que ça... faut être là... regroupés pour des choses comme ça – pour amener des changements, faut que tu sois là...T'es pas obligé mais si tu es intéressé à améliorer les façons de faire...les tiennes pis celles des autres...que tu as une idée sur la question...faut que tu sois là...C'est sûr on a tous nos compétences mais l'idée c'est de voir ensemble comment améliorer ... avoir une vision commune sur nos programmes à développer. » (I)

« Moi ce que je vois.. pis qui est bien dans cette rencontre... ce comité, ça permet à ce que tout le monde... tous les individus – médecins... infirmières... les cadres... tout le monde s'assoit ensemble et qu'on parle ensemble d'une problématique vécue... Moi dans ce comité, ça me permet de dire... à un

*chef médecin... je vis telle problématique au niveau de l'équipe médicale...
Qu'est-ce que on peut faire pour améliorer la situation ? » (I)*

En somme, le comité d'amélioration continue apparaît comme le centre de compétence et de régulation par excellence du secteur Mère-Enfant. Sous l'angle des meilleures pratiques à développer dans le champ de la périnatalité, des objectifs cliniques et administratifs sont ciblés par le collectif ainsi que les activités de rayonnement qui en découlent.

C'est également là que les réalisations des sous-comités, encadrées par un ou plusieurs membres de la communauté en regard de leur expertise, sont validées lors des séances de travail sous le contrôle permanent de la conseillère en soins spécialisés qui veille au respect des standards et procédures de soins en vigueur dans l'établissement.

« Donc...le plan d'action qu'on avait déterminé au sous-comité, on a amené ça au niveau du comité d'amélioration continue... pour voir un peu si y avait des objections au niveau du comité d'amélioration continue... si les gens ... pensaient un peu comme nous parce que c'est... .. .Disons que ce comité-là est plus décisionnel que notre sous-comité... et qu'à partir... les gens étaient d'accord, au niveau du comité d'amélioration continue...c'était correct.» (P)

« Exemple, à la salle d'accouchement, on a constaté que le plan de naissance, n'était pas systématique. On a donc décidé au comité d'en élaborer un ...standard. On a révisé la littérature, discuté avec les collègues à la salle pour avoir leurs commentaires, puis on l'a implanté et même...évalué après 6 mois d'utilisation. Sur le comité, on était 3 responsables pour ce dossier là, y avait l'infirmière conseil, l'adjointe au poste et moi...Mais à chaque réunion du comité...on discutait de là où on en était...des difficultés...puis ça nous aidait à faire des choix. » (M)

Enfin, c'est lors de ces rencontres en face à face que la communauté ainsi constituée, va déterminer les meilleures stratégies pour accompagner le changement que celui-ci soit en rapport avec la révision systématique des pratiques cliniques induite par le développement continu des technologies et procédures cliniques ou plus radical, comme l'implantation des soins combinés mère-enfant.

VI.5.1.2 – L'engagement mutuel autour d'une pratique de soins intégrés mère-enfant

La mise en place de l'infrastructure nécessaire à l'implantation du projet de soins combinés débute à la fin de l'année 1998 et se prolongera tout au long de l'année suivante. Cette étape va attribuer une fonction particulière à la « communauté de meilleures pratiques ».

En effet, même si ces différentes phases d'implantation seront confiées à des groupes de travail formels – que l'on pourrait qualifier de groupes-projet – en marge des activités de la CoP existante, la production de ces sous-comités et leur cheminement tout au long du processus, recevront toute l'attention des membres de la communauté lors de ses rencontres. Partant, la progression de ces groupes de travail lors de l'implantation du projet, les difficultés qu'ils vont rencontrer au moment de la réorganisation des soins, les besoins en formation qu'ils vont identifier dans le contexte de cette réorganisation, seront autant d'éléments soumis à la réflexion et à la production de la CoP.

« En fait la réorganisation des soins et des services en périnatalité...avec le nouveau concept de soins combinés...c'est rentré dans nos objectifs au comité. C'est sûr... y avait une partie plus administrative là...avec la mise en place des comités...de pilotage et de référence...et puis toute la partie concernant les travaux. Mais...y avait toute une partie de réflexion sur nos modèles de soins à redéfinir en fonction des nouveaux besoins. Le modèle de soins centré sur la famille...ce n'est pas seulement une réorganisation du travail des infirmières avec les soins combinés...c'est plus large....plus large que ça...C'est une façon de dire comme équipe interdisciplinaire ...c'est quoi nos valeurs ?...c'est quoi qu'on définit comme étant les meilleures pratiques ? » (I)

« Le modèle de soins centrés sur la famille...c'est notre philosophie...c'est notre façon de voir les soins en maternité et ça s'appuie pas seulement sur la réorganisation du travail sur l'unitéLe plan de naissance, «l'hôpital ami des bébés » qui donne priorité à l'allaitement maternel, développer des programmes pour la clientèle des parents toxicomanes ou à risques psychosociaux, réviser la littérature et offrir de la formation pour la mise à jour du personnel...tout ça, ça en fait partie...C'est un tout. » (P)

Par ailleurs, le choix d'une gestion participative du changement par les leaders infirmiers constituera une stratégie intéressante pour fédérer le reste de l'équipe soignante au projet de changement.

VI.5.1.3 – Structuration autour des rôles et responsabilités

En premier lieu, le projet de soins combinés va être présenté à l'ensemble des membres de l'équipe de soins du secteur ainsi qu'aux différentes instances notamment syndicales et médicales. Par la suite, deux groupes de travail vont être mis sur pied.

L'un, identifié en qualité de « groupe de référence », composé d'infirmières et d'infirmières auxiliaires des différentes structures et quart de travail de l'unité³¹ aura le mandat de :

- 1) favoriser l'adhésion de l'ensemble des membres de l'équipe au projet;
- 2) assurer un lien entre le personnel soignant et le groupe de pilotage dans la mise en place des soins combinés mère-enfant;
- 3) assurer la communication des informations à l'ensemble du personnel;
- 4) consulter ce dernier tout au long des différentes étapes du projet;
- 5) apporter des suggestions et commentaires au groupe de pilotage.

« Mélanger les gens et les faire participer... Ça facilite, ça facilite... énormément... Mais ça demande beaucoup de maturité chez les personnes... et de... d'ouverture. Comme par exemple dans le projet mère-enfant, le groupe de référence qu'on a mis en place, c'était des filles de C et de B qui avaient le goût de participer à ce projet là...qui amenaient des commentaires, des critiques, mais c'était constructif...Elles ramenaient les commentaires de leurs collègues et elles faisaient descendre l'information aussi...En temps réel, tout le monde savait où on s'en allait... » (I)

L'autre, identifié comme « groupe de pilotage » et composé de l'adjointe à la clientèle Mère-Enfant, de la conseillère en soins spécialisés, de l'infirmière à la formation, d'une assistante d'unité et d'une infirmière cooptée par le groupe de référence, aura le mandat de planifier, coordonner et implanter les soins combinés mère-enfant au sein du secteur³².

³¹ - Le groupe constitué, élu par les membres de l'équipe, sera représentatif des deux cultures préexistantes au projet de fusion. Ainsi, tant les infirmières de B que de C y seront représentées.

³² - Données extraites du document intitulé : *Soins de maternité centrés sur la famille dans le cadre du projet pilote soins combinés mère-enfant*. CHUα.

Il est à noter que la majorité des membres de ce groupe fait également partie de l'équipe noyau de la « communauté de meilleures pratiques » et à ce titre, constituent un lien direct entre les référentiels communs qui y ont été définis et le processus de changement à mettre en œuvre. Tout au long du processus d'implantation, des rencontres seront organisées entre les différentes équipes de soins et le comité de pilotage afin de faire le point sur la situation.

« Bon...en tout là...sur l'année...disons – j'ai un peu de mal avec les dates – décembre 1998 à l'automne 1999...On a rencontré tout le personnel...jour, soir, nuit...1 fois par mois. Chaque fois on faisait le point sur la situation des soins combinés ... Les irritants, les difficultés mais aussi les pistes de solution que les infirmières elles-mêmes pouvaient amener au comité. » (I)

À l'aune de cette nouvelle configuration qui va favoriser l'interconnexion entre les membres de la communauté de « meilleures pratiques » et les sous-groupes de travail mis en place, des apprentissages croisés vont prendre forme sur la base d'un échange d'idées et se poursuivre tout au long du processus d'implantation des soins combinés.

Pour le groupe de référence qui représente l'ensemble du personnel, ces apprentissages vont concerner tout à la fois les façons de faire qu'il va falloir réviser dans le contexte de la réorganisation du travail mais aussi les nouvelles règles de fonctionnement à établir entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des mères et/ou des nouveau-nés.

L'analyse des comptes-rendus de réunions de cette période nous montre que la négociation autour du partage des tâches, notamment entre les infirmières et les infirmières auxiliaires, sera fréquemment au centre des discussions de ce groupe.

Au cours de ces interactions collectives qui s'organiseront toutes les deux à quatre semaines, les membres passeront en revue l'ensemble des procédures qui, de l'accueil au congé hospitalier, rythmeront le séjour hospitalier de la mère et de l'enfant et impliqueront l'intervention de multiples acteurs professionnels.

Le produit de leur réflexion et les préoccupations ou « irritants » émergents des nouvelles façons de faire à mettre en place, seront discutés lors des rencontres avec les membres du groupe de pilotage. Un cahier divisé en deux sections, l'une identifiée sous l'acronyme PQSR (pas de question sans réponse) et l'autre sous celui de PCSS

(pas de critique sans solution), sera à la disposition de l'ensemble du personnel du secteur.

Ce médium de communication, géré par le groupe de référence constituera un lien tangible entre les groupes de travail et les professionnels du secteur. Au fur et à mesure de l'implantation du changement ils pourront y noter leurs commentaires, mais aussi leurs propres suggestions sur les meilleures façons de faire à privilégier.

« Nous notre rôle c'était de revoir tout...toutes les tâches de l'infirmière et de l'auxiliaire...qui fait quoi...dans le cadre de la cohabitation mère enfant. Ça a remis un peu les pendules à l'heure, surtout pour les auxiliaires qui craignaient beaucoup de perdre leur...soins...C'est sûr l'infirmière est responsable de la dyade... de l'enseignement...et doit faire son jugement clinique avec les décisions qui s'imposent...mais avec l'auxiliaire, elles sont complémentaires...elle... l'auxiliaire est responsable de ses actes. Alors on a discuté de tout ça...Il y aura toujours des zones grises mais...on s'est entendu sur la répartition des tâches...sur les plans de travail...sur les plans de formation qu'on voulait. Puis E. ramenait ça au pilotage et eux décidait des priorités...On se réunissait des journées entières juste pour ça....Ensuite, on redonnait l'information au niveau des équipes. » (I)

« Les infirmières qui ont participé au groupe de référence se sont senties responsabilisées dans leur rôle...vis-à-vis de leurs collègues... et du secteur aussi [...] Des fois c'était pas simple.. Les filles là se faisaient taper sur la tête... - Tu nous as pas défendues – t'as pas dit telle affaire... Moi je les comprenais. C'est certain – quand t'es mêlé dans un groupe... t'as de la misère. » (I)

« On se rencontrait toutes les deux à quatre semaines en fonction des besoins...sur la journée entière [...] Ça a commencé...j'ai fait une présentation type pour chaque quart de travail...pour mettre des balises...j'ai mis les ratios qui avaient été discutés avec l'adjointe. Bon...à partir de là...on a discuté, comment se répartit le travail? Le rôle des assistantes... Le partage des tâches entre les infirmières et les infirmières auxiliaires...La durée des soins combinés durant la période de transition...C'était exigent pour tout le monde...on essayait de rien laissé passer... les commentaires dans le cahier PQSR/PCSS...les commentaires que les filles ramenaient à la séance suivante...les problèmes. » (I)

En ce qui concerne le groupe de pilotage, son rôle est décisionnel. Chacune des rencontres des quatre leaders infirmiers (l'adjointe à la clientèle, l'assistante chef d'unité, l'infirmière bachelière à la formation et la conseillère en soins spécialisés) et de l'infirmière déléguée du groupe de référence, vise à planifier dans le temps ou implanter rapidement, les différents éléments discutées lors des séances de travail du

groupe de référence. La fréquence des rencontres des membres est proportionnelle à l'état d'avancement du projet. De deux à trois rencontres de deux heures par mois au début du processus, ces réunions s'espaceront progressivement pour atteindre une moyenne d'une rencontre par mois à partir du milieu de l'année 1999 jusqu'en 2002.

« Bon le groupe de pilotage...c'était le groupe de décision. En fait le groupe de référence amenait ses commentaires ses suggestions, ses réflexions au groupe de pilotage qui lui était décisionnel. » (I)

Enfin, la restitution de la production des groupes de travail face au changement à implanter, fera l'objet d'une synthèse lors des rencontres de « la communauté de meilleures pratiques ». Ce sera l'occasion pour les autres professionnels, médecins et non médecins, d'apporter leurs commentaires voire de contribuer parfois à résoudre une problématique. Cela permettra aux membres du groupe de pilotage qui font également partie de la CoP de saisir l'occasion d'un face à face avec un responsable clinique par exemple pour aborder une situation conflictuelle spécifique.

« Bon la visite du pédiatre dans la chambre de la mère...ça passait pas...les pédiatres avaient pris l'habitude de visiter les bébés à la pouponnière et changer ça...non. Les infirmières...elles achetaient la paix et appelaient les mères pour qu'elles amènent leur bébé à la pouponnière...donc ça marchait pas...À chaque rencontre avec le groupe de référence on revenait là-dessus...On a fini par aborder ça au comité d'amélioration continue ensemble avec le pédiatre qui était présent. Plusieurs membres ont fait des suggestions ...mais ça semblait irréconciliable...puis petit à petit ...on a avancé...Le pédiatre voulait que l'infirmière responsable de la dyade fasse la visite avec lui...nous ce n'était pas toujours possible...Bon on a fait des compromis de part et d'autre, maintenant généralement ça fonctionne...si l'infirmière peut pas se déplacer, le pédiatre trouve un rapport écrit dans le dossier...enfin en général. » (I)

Plus globalement, le projet de soins combinés qui implique une refonte de l'organisation des soins en place, nécessite une actualisation des connaissances disponibles dans le champ de la périnatalité. Dans ce contexte, le rôle de la communauté, qui vise le développement continu des meilleures pratiques en la matière, est déterminant. De fait, c'est à partir des rencontres des membres du groupe que seront discutés les programmes de soins spécifiques à implanter; que seront désignés les membres de la CoP chargés d'accompagner le projet; que seront validés les plans de formation continue du personnel soignant.

La coordination nécessaire pour garantir un maillage étroit, notamment entre le groupe de référence et la « communauté de meilleures pratiques », met en avant un acteur dont le rôle est central dans le processus. Il s'agit de la conseillère en soins spécialisés à qui l'expertise reconnue en soins infirmiers périnataux, confère une position interstitielle au sein des groupes. Comme nous le constaterons à la lecture des comptes-rendus des différentes réunions de travail, elle va tour à tour : accompagner le processus de réflexion et d'apprentissage du groupe de référence qu'elle chapeaute; participer au processus de décision dans le cadre des rencontres du comité de pilotage dont elle est membre décisionnel; et animer les séances de travail de « la communauté de meilleures pratiques ». En ce sens, elle occupe une position charnière à la frontière de chacun de ces groupes. Enfin, son mandat qui relève directement de la Direction des soins infirmiers, la place dans une position d'autorité en regard des normes et standards que le développement de nouvelles façons de faire en soin périnatal doit respecter.

L'état d'unification des membres du groupe qui permet de cerner les différents enjeux liés au domaine de la périnatalité et de cibler les connaissances à partager, se poursuit tout au long de l'année 1999. Il met en scène une CoP qui se repositionne avec l'arrivée des nouveaux membres et des nouveaux intérêts en matière de développement des « meilleures pratiques », et dans lequel le nouveau concept de soins vient s'inscrire. Son implantation qui répond à une philosophie de soins centrés sur la famille à laquelle chacun adhère, nécessite :

- 1) une réorganisation importante des environnements de travail et du rôle de chacun des professionnels concernés;
- 2) la réactualisation voire le développement de nouvelles connaissances en matière de soins mère-enfant;
- 3) la restitution de cette connaissance par le biais de plans de formation continue.

La notoriété que les leaders de l'équipe noyau ont déjà acquise et qui traverse les frontières de l'unité ou celle des experts cooptés et reconnus pour leurs compétences dans un champ particulier de la périnatalité, va renforcer la valeur de ce comité.

Entre **incubation et démonstration de valeur**, l'activité de la « communauté de meilleures pratique » sera marquée par le développement d'une vision commune sur les services et programmes à développer dans le cadre de ses rencontres.

Durant cette période d'implantation des soins combinés et de développement de nouveaux programmes, la formation des comités *ad hoc* sur les objectifs retenus par les membres, à l'intérieur desquels, chacun se verra attribuer un rôle et s'impliquera en regard de ses compétences, l'élaboration d'échéanciers, un bilan trimestriel de l'avancement des projets, constitueront autant de manifestations de la structuration du groupe. L'ensemble de ces objectifs partagés et négociés et dont les buts et finalités auront été préalablement fixés, matérialise l'entreprise commune du groupe et son entrée dans une phase de maturité propice à sa production.

VI.5.2 – La maturité de la CoP

VI.5.2.1 – La concentration autour du développement et de l'implantation des nouveaux services et programmes

La période qui suit la mise en place de cette infrastructure met en perspective la vitalité de la « communauté de meilleures pratiques » ainsi que celle des groupes de travail satellisés autour d'elle.

Durant les années s'échelonnant de 2000 à 2002, sa production est tangible et se décline à l'intérieur d'un plan de réalisation collectivement défini par les membres et dont nous présentons un aperçu dans les tableaux 13, 14 et 15 (Cf. *infra*). Les objectifs, les actions et le suivi des réalisations dans le cadre du changement à implanter, qui y apparaissent, concernent tant l'implantation des soins combinés que la mise en forme de nouvelles connaissances nécessaires au développement des soins centrés sur la famille ou encore la révision des pratiques existantes, à la fine pointe de la connaissance disponible.

Comme nous pouvons le constater à la lecture des trois tableaux qui suivent, chacun des objectifs, collectivement définis par le groupe – qu'il soit administratif, clinique ou de rayonnement – décline un plan d'action, un échéancier et la liste des personnes

responsables. Les apprentissages croisés entre les membres de la communauté vont porter sur les contenus (quoi développer) ainsi que sur les champs d'intervention de chacun (qui fait quoi).

Tableau XIII : Objectifs administratifs et tableau de bord définis par le CAC du secteur Mère-Enfant

Objectifs administratifs	Plan d'action	Personne responsable	Échéancier
Participer activement au projet de construction du futur centre Mère-Enfant	Assister aux rencontres hebdo avec architectes Consulter personnel soignant multidisciplinaire et médical Superviser les travaux	Adjointe à la clientèle Infirmière chef d'unité	2000
Transférer les activités du centre Mère-Enfant pendant durée des travaux	Identifier activités en prévision déménagement Identifier et amoindrir impact sur clientèle	Adjointe à la clientèle Infirmière chef d'unité	Transfert du secteur mars 2000
Réorganiser les soins et les services en fonction de la mise en place du nouveau concept de soins mère-enfant	Groupes réorganisation du travail avec personnel soignant Activités du comité de pilotage (CP) Activités du comité de référence (CR) Réviser aspect fonctionnel selon les nouveaux secteurs physiques Rencontrer personnel régulièrement Formation croisée	Adjointe à la clientèle Inf. chef d'unité Conseillère en soins spécialisés Membres CP Assistantes infirmière-chef des 3 structures Membres CP	Nov 2001 – Déc 2001 Avril 2000-2002 Avril 2000-2002 Avril 2000-2002
Améliorer relations interdisciplinaires entre personnel soignant et médecins	Élaborer guide d'accueil pour stagiaire salle accouchement Contribution des inf. à l'évaluation des externes Rencontres médico-nursing	Inf chef d'unité Médecin	1999 : dépliant remis aux externes 1999 : début éval. Avril 2000 : Rencontres Lettre envoyée au personnel pour souligner amélioration climat de travail
Transférer les activités du centre Mère-Enfant dans les nouveaux locaux	Phase de transition de 4 mois	Conseillère en ss spé. Infirmière- chef d'unité	Juin –sept 2002
Assurer suivi des objectifs du CAC	Convoquer et animer les rencontres Présenter bilan réalisation aux différentes instances	Adjointe à la clientèle	8 réunions depuis octobre 1999

Source : Documents internes du CAC du secteur Mère-Enfant du CHUá

**Tableau XIV : Objectifs cliniques et tableau de bord définis par le CAC du secteur
Mère-Enfant**

Objectifs cliniques	Plan d'action	Personne responsable	Échéancier
Évaluer l'ensemble de la qualité des soins et service à la clientèle	En fonction des indicateurs cliniques existants : Évaluer le soulagement de la douleur post-accouchement et post IVG 2e trimestre Évaluer allaitement maternel Évaluer pertinence et qualité des notes d'observations du nouveau formulaire Évaluer impact des soins combinés auprès de la clientèle et du personnel soignant	Conseillère en soins spécialisés Infirmière-chef d'unité Adjointe à la clientèle	Post-accouchement fait en 2000 – procédure de soulagement mis en place Rapport remis en 2000
Réviser programme d'orientation 10e Pouponnière/salle d'accouchement		Infirmière-chef d'unité Infirmière à la formation ACU salle d'accouchement	2001
Former ou mettre à jour connaissances inf. auxiliaires sur :	Gavage nouveau-né Diabète Allaitement	Infirmière à la formation	Complété en 2000
Élaborer plan de naissance pour la clientèle	Réviser littérature Consulter médecins Élaborer plan Identifier procédure d'utilisation Informé personnel Évaluer après 6 mois d'implantation	Conseillère en ss. Spé Infirmière-chef d'unité Implication de 2 infirmière de l'unité	Mars 2000
Développer des services multidisciplinaires pour la clientèle en périnatalité à risque psychosociaux	Former équipe de travail Identifier services offerts et à offrir	Travailleur social Médecin Psychologue	Avril 2000
Développer un programme en réanimation néonatale CODE ROSE	Identifier les rôles et responsabilités de chacun des intervenants Faire une politique pour le code rose Faire un plan de formation continu pour les infirmières	Infirmière à la formation Infirmière-chef d'unité	Mars 2000 : 40 infirmières formées
Développer un programme de soins et services interdisciplinaires pour parents toxicomanes et leurs nouveau-nés	Réviser guide d'intervention Mise à jour du personnel Mettre en place différents éléments du programme	Travailleuse sociale Comité toxicomanie/périnat.	Juin 2001

Source : Documents internes du CAC du secteur Mère-Enfant du CHUá

Tableau XV : Objectifs de rayonnement et tableau de bord définis par le CAC du secteur Mère-Enfant

Objectifs de rayonnement	Plan d'action	Personne responsable	Échéancier
Présenter processus de fusion Mère-Enfant lors d'une réunion cadre DSI	Mise en relation de l'expérience de fusion avec un modèle de gestion participative du changement	Adjointe à la clientèle	Mars 2000
Présenter programme de soins sur le syndrome de retrait néonatal à la méthadone	Présentation au congrès international sur l'enfant Présentation au 1er congrès international des infirmières de la francophonie Article à soumettre	Travailleuse sociale Implication d'une infirmière du groupe de travail lors des présentations Conseillère en ss. Spé.	2000
Participation au Salon maternité, paternité et enfant		Conseillère en ss. Spé Inf. chef d'unité Infirmière à la formation	2000

Source : Documents internes du CAC du secteur Mère-Enfant du CHUá

La logistique mise en place montre la détermination du groupe à accélérer le processus de développement et d'implantation des nouveaux services et programmes et notamment la phase de consolidation de l'implantation des soins combinés. Cet objectif central apparaîtra d'ailleurs en toute lettre dans un des comptes-rendus d'une séance du groupe que nous aurons eu l'occasion d'analyser.

La lecture de ces tableaux est pertinente à plus d'un titre. D'une part, elle nous révèle la juxtaposition des expertises de chacun orientées en fonction des connaissances voire des habiletés requises – nous voyons notamment que les objectifs administratifs sont sous l'entière responsabilité de la hiérarchie infirmière alors que les objectifs cliniques justifient une collaboration interdisciplinaire. D'autre part, elle montre parfaitement le modèle d'appropriation collective du changement en regard des nouveaux modèles de pratique que les membres souhaitent mettre en place. Notamment, elle met en scène des collectifs d'apprentissage autour des nouveaux projets en développement voire matérialise l'arrivée de nouveaux membres à la périphérie de la communauté initiale qui seront intéressés à s'impliquer, comme nous le confirment ces extraits d'entrevues.

« Regarde – moi y m'ont donné – y m'ont mandaté pour créer un sous-comité en périnatalité toxicomanie. Parce que y avait beaucoup de mères

toxicomanes et on se disait – faut faire quelque chose avec... Bon. Pis les gens.. Moi j'ai accroché une dizaine de personnes... de toutes professions pour être sur ce comité et les gens ont accepté. Au début, je me disais – y a pas grand monde qui vont vouloir venir.. Les gens ont voulu – y a une volonté de partager les connaissances.. » (P)

« Je regardais ça tu vois... les objectifs d'année en année.. J'ai pas tout gardé les papiers. À chaque début d'année, on établit des objectifs. Je les ai pour 2003-4 et 2004-5. Pis on met à côté qui va être responsable de tel objectif? Alors... donc ces gens-là qui sont responsables vont chercher au sein du département les personnes qui vont les aider...qui ont les compétences pour ça... Tu vois ici... « Mettre à jour le programme de deuil périnatal »... qui est responsable de ça. Si on a besoin d'expertises supplémentaires, il va s'adjoindre d'autres personnes. » (P)

Enfin, ces tableaux de bord constituent la mémoire collective de la « communauté de meilleures pratiques ». Non seulement ils permettent la matérialisation d'une vision partagée du changement et des actions à mettre en place, mais ils informent également sur la progression des actions entreprises. En effet, réinterrogés lors des bilans annuels, ces tableaux vont être le répertoire partagé du groupe, en quelque sorte une mémoire consignée, accessible et pérenne sur la production de la « communauté de meilleures pratiques ». D'une année sur l'autre, un retour sur les objectifs atteints, sur les difficultés rencontrées, sur les nouvelles activités ou projet qui se dessinent, sur les activités de rayonnement, stimulent la dynamique du groupe. En quelque sorte, cette réification donne sa pertinence au groupe et conforte le bien fondé de son action.

Les réalisations de la « communauté de meilleures pratiques » qui vont s'échelonner sur ces deux années montrent une phase de participation intense de la part des différents coordinateurs et des équipes de soutien conjuguant étroitement l'implantation des soins combinés et les nouveaux programmes à développer.

Au total, les travaux des membres du comité de pilotage et de référence vont prendre de multiples formes de réification. À portée institutionnelle d'abord avec l'élaboration des plans de travail et de formation pour l'ensemble du personnel soignant des trois structures existantes, la salle d'accouchement, le post-partum et la néonatalogie, matérialisée ensuite par des séquences d'orientation, organisées pour l'ensemble du personnel sur les trois quarts de travail. À visée de développement de

nouvelles compétences ensuite, par la mise en place de sessions de formation distribuées par des membres de la « communauté de meilleures pratiques » en regard des nouvelles connaissances développées (Cf. tableaux *supra*).

La phase d'activités intenses de la « communauté de meilleures pratiques » correspond au moment où l'ensemble du secteur de la périnatalité subit une relocalisation provisoire dans le cadre de la (re)construction du secteur Mère-Enfant. Un déménagement temporaire dans une aile désaffectée de l'hôpital C de moindre superficie comparativement au secteur d'origine, va gommer les frontières physiques qui existaient entre la salle d'accouchement, le post-partum et la néonatalogie. Pour nombre de nos interlocuteurs, cette promiscuité conjuguée au fait que cette fois, tous vont faire l'expérience d'une déstabilisation de leur environnement de travail, va contribuer à faciliter les relations de travail et partant, les échanges entre les membres des sous-comités mis en place pour participer au changement.

« L'effet d'isolement... qu'y avait au 5^e où... la salle d'accouchement était dans son coin... les portes fermées.. le post-partum.. la néonatalogie aussi était dans son coin. Donc les gens ... se... y avait des gens qui se voyaient pas et qu'y se connaissaient pas... Tandis que au 10^e, c'était un étage qu'on.. comme un grand corridor qui part d'un bout... de l'hôpital qui va jusqu'à l'autre bout.. Alors les gens se voyaient beaucoup plus. Ça, aussi, ça a facilité les choses... » (I)

« Ce qui a aidé, c'est que pour faire les rénovations dans le nouveau secteur, on a dû déménager sur une autre unité. C'était petit. Ils n'ont pas eu le choix à ce moment-là de travailler beaucoup plus ensemble. Et là on est resté...deux ans. [...] Et là... c'est là que je dirais qu'y a eu.. plus de.. de.. maillage. De maillage entre B et C et de maillage entre la salle d'accouchement, la néonatalogie aussi parce que ils étaient collés... » (I)

« ... Mes lieux – tes lieux... là c'est devenu des lieux communs. Ça aide beaucoup ça aussi (...) Tout le monde se cherchait égal.. pas juste la gang de B qui se cherchait... Tout le monde (...) La pouponnière... garderie... néonatalogie – tout était collé. Et les chambres... .. Oui, j'ai l'impression que ça a aidé beaucoup cette partie là... Oui...Qu'on soit tous là ... » (I)

Par ailleurs, la (re)construction du centre va être une opportunité d'appropriation du projet pour le personnel soignant qui participera activement aux aménagements physiques de son futur lieu de travail.

« Je pense que.. ce qui a aidé... aussi désorganisant que ça puisse paraître.. c'est qu'à un certain moment donné... on a eu... à déménager .. Parce que dans le projet initial, c'était on fait des lieux physiques... adéquats pour un... faire un type de soins X. Ensuite on met les gens... ensemble.. on leur explique c'est quoi cette nouvelle façon de prodiguer des soins... Pis là on part. Mais le temps a fait – le manque de temps... a fait qu'on n'a pas pu faire ça (...) C'était des travaux majeurs. On démolissait... .. on laissait la carcasse extérieure et on démolissait tout. Fait qu'on devait déménager... Pis à ce moment là... les deux... groupes.. ont.. dû participer à où... . qu'est-ce que on met où. .. comment on s'organise. » (I)

« Comment vous voyez ça ? Comment on organiserait ça – de soir de nuit.. Les gens écrivaient des commentaires tout ça.. Et on est allé comme plus informel mais en consultant les gens.. les gens qui souhaitaient s'impliquer plus sont venus.. ont vu les plans.. Aussi banal que – Quelle couleur vous aimeriez que soient les murs.. au poste ? [...] Et ça, ça a comme permis aux gens.. c'est sûr qu'on a pas fait l'unanimité... y a plus de 100 infirmières.. Tout le monde est pas tombé d'accord sur le jaune.. Mais au moins y a eu comme un sentiment d'implication dans la mise en place ... et après ça, je trouvais que.. ça a eu un effet bénéfique...pour le reste, pour le nouveau modèle de soins... de soins combinés. » (I)

L'été 2002 marque un tournant dans l'évolution de la « communauté de meilleures pratiques ». L'ouverture du nouveau secteur Mère-Enfant, rebaptisé « *Centre des naissances* », inauguré le 27 juin 2002, vient consacrer quatre années d'engagement autour de l'implantation de ce nouveau projet mère-enfant. L'ensemble des activités est à nouveau concentré au 5^{ème} étage. L'entrée dans le service se fait par l'unité d'accueil et d'évaluation. La salle d'accouchement compte désormais six (6) chambres des naissances équipées de bains et douches. En continuité, le post partum offre vingt-trois (23) chambres uniques favorisant l'intimité de la famille. Dans ce nouvel environnement, le nouveau-né et sa mère sont ensemble pour la durée du séjour et le père peut séjourner avec eux s'il le souhaite. Une petite pouponnière de quelques berceaux jouxte le poste infirmier. Elle fait office de garderie et permet aux mères qui doivent s'absenter d'y laisser leur bébé sous la surveillance d'une infirmière auxiliaire. L'unité de néonatalogie est devenue un centre de soins intermédiaires accueillant des nouveau-nés de 32 semaines et offre une capacité d'accueil de 20 lits³³. Enfin, deux salles de césariennes, une salle de réveil et une

³³ - En réalité, le maintien d'une pénurie infirmière depuis l'ouverture du centre implique une capacité d'occupation ramenée à douze (12) berceaux.

unité d'ante-partum devraient venir compléter le dispositif dès que le recrutement de personnel supplémentaire pourra en garantir l'opérationnalité.

En ce qui concerne l'organisation des soins, le nouveau centre compte sur l'expertise d'une équipe stabilisée au niveau des effectifs. Ainsi, quatre pédiatres (4), douze obstétriciens-gynécologues (12), sept omnipraticiens (7) et quelque cent soixante (160) membres du personnel soignant auxquels se joignent différents professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, etc.) encadrent l'ensemble des activités de soins pour la mère et pour l'enfant.

Pour les sous comités mis en place dans le cadre du projet de soins combinés, le mandat s'achève. En effet, l'ensemble des plans de travail du personnel soignant a été révisé et la formation de celui-ci complétée par une période d'orientation face au changement implanté. Désormais, sous la forme de dyades, les infirmières et infirmières auxiliaires travaillent conjointement auprès de la mère et l'enfant et une mobilité du personnel soignant sur au moins deux des trois structures existantes a pu être complétée. Ces sous groupes de travail vont donc se dissoudre, laissant à l'infirmière en soins spécialisés et l'infirmière chef d'unité, la responsabilité du suivi du changement entrepris.

Pour la « communauté de meilleures pratiques », la phase de maturité qui a donné lieu à une période d'activités intenses autour des objectifs ciblés pour le développement des soins combinés et leurs atteintes, s'achève. Cette période a été riche d'expériences et a contribué à la création de liens de confiance entre les membres du groupe.

« Oui je dirais que ça s'est mis en place – on a du plaisir – on rigole – on travaille souvent dans un climat d'humour, de détente.. généralement .. ça veut pas dire qu'y a pas des moments... où c'est plus tendu – mais généralement... le climat est vraiment bon.[...] Je pense que c'est une tradition qui a été installée. Pis que quand un nouveau arrive, il prend nécessairement ce rythme là parce que c'est installé comme ça. » (P)

« Oui et ce qui est bien, c'est que... avec le temps...on s'est mis en confiance. Personne ne se sent gêné d'intervenir. De dire.. Personne ne se sent moins bon...ou moins compétents ...On se connaît bien, chacun sait ce que l'autre faitC'est pas formel.. C'est autour de la table et tout le monde peut dire des bêtises qu'il veut.. – je me suis trompé, c'est pas grave. » (M)

Des changements naturels interviennent. L'adjointe à la clientèle Mère-Enfant – instigatrice de la communauté initiale – qui est un maillon fort de l'équipe noyau, quitte le département pour une nouvelle affectation à la Direction des soins infirmiers, l'infirmière en soins spécialisés prend désormais la présidence du groupe. La chef d'unité qui a pris ses fonctions au cours de l'année, devient responsable en titre du secteur et, en quelque sorte, le référent institutionnel du groupe. Une infirmière de la salle d'accouchement qui apparaît comme un leader dans son équipe, prend le poste d'ACU et rejoint la communauté.

À travers ces changements naturels, la « communauté de meilleures pratiques » va soutenir un rythme continu et garder le cap sur les nouveaux projets qu'elle souhaite développer dans le cadre de la philosophie de soins centrés sur la famille qu'elle prône. À l'aune de cet **équilibre entre concentration et expansion**, la phase de gestion des connaissances dans laquelle elle va s'inscrire, va lui permettre de porter à l'extérieur de la communauté, le corpus de connaissances produites.

VI.5.3 – L'élan de la communauté de pratique

La période qui s'étend de 2003 à 2005 met en perspective les nombreuses réalisations de la « communauté de meilleures pratiques » au décours de l'implantation des soins combinés mère-enfant. Désormais la connaissance qu'elle a produite dépasse ses propres frontières et vient non seulement encadrer les pratiques du secteur mais constitue également une source reconnue par l'organisation.

En dehors d'une de ses missions qui l'amène d'une année sur l'autre à évaluer la qualité des soins et des services et à procéder à une mise à jour des techniques et protocoles de soins – conformément à l'objectif d'amélioration continue qu'elle poursuit – son rayonnement en matière de nouvelles connaissances et compétences à implanter va être significatif. Ainsi, le comité périnatalité-toxicomanie, émanation de « la communauté de meilleures pratiques » va devenir une source reconnue tant au niveau de l'organisation – en offrant des formations à l'interne au personnel soignant – qu'au niveau scientifique – en organisant et en participant à de nombreux colloques et en rédigeant plusieurs articles spécifiques à ce champ d'intervention. « La

communauté de meilleures pratiques » va également faire de la méthode Bonapace³⁴, l'approche de la naissance privilégiée par le centre des naissances du CHUá. À la suite d'une révision de la littérature scientifique sur le sujet et de l'étude d'applications pratiques, elle va former deux infirmières à cette méthode qui elles-mêmes distribueront des sessions de formation aux futurs parents.

Enfin, conformément à la philosophie de soins centrés sur la famille que le centre a adopté, « la communauté de meilleures pratiques » va mettre en place un plan d'actions pour obtenir le label «Hôpitaux Amis des Bébé»³⁵, une démarche qualité sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF. Si le centre favorise déjà la proximité mère-enfant avec l'implantation des soins combinés, d'autres mesures telles que « le peau à peau précoce » ou la mise en place d'une politique d'allaitement maternel doivent encore venir compléter le dispositif. Au moment où nous avons débuté nos observations au sein de la communauté, plusieurs de ses membres travaillaient à la mise en place d'une clinique d'allaitement prénatale et de 2^{ème} ligne. Ici, les expertises conjointes d'une infirmière spécialisée en allaitement, de l'infirmière en soins spécialisés, d'une ACU et de l'infirmière chef, membres de la communauté vont être sollicitées tant pour l'élaboration du contenu de la clinique que pour son fonctionnement et son implantation.

Ces quelques exemples montrent bien la dynamique d'apprentissages dans laquelle s'est inscrite « la communauté de meilleures pratiques » du centre des naissances du CHUá. Ces apprentissages « maillés » de réflexion et de partage d'expériences sont bien la clé de voûte du dispositif mis en place qui conjugue étroitement les mandats administratifs et cliniques du centre. Entre **appropriation et ouverture**, la communauté a trouvé un équilibre qui lui permet de mettre en action les objectifs d'amélioration continue qu'elle a définis et à l'intérieur desquels prennent place non seulement les nouvelles connaissances disponibles mais aussi des mesures concrètes

³⁴ - Il s'agit d'une méthode qui permet aux couples d'acquérir les habiletés et les compétences nécessaires à la venue d'un enfant. Notamment, elle vise la maîtrise de la douleur et la gestion du stress en favorisant la participation du père. Elle promeut la réduction du nombre d'interventions médicales dans le contexte de l'accouchement.

³⁵ - L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau né, notamment en matière d'allaitement maternel. Pour obtenir le label HAB, l'établissement qui assure des prestations de maternité doit satisfaire à dix conditions.

pour accompagner le changement. Par ailleurs, elle sait s'ouvrir à de nouvelles idées pour poursuivre sa progression dans le champ de la périnatalité.

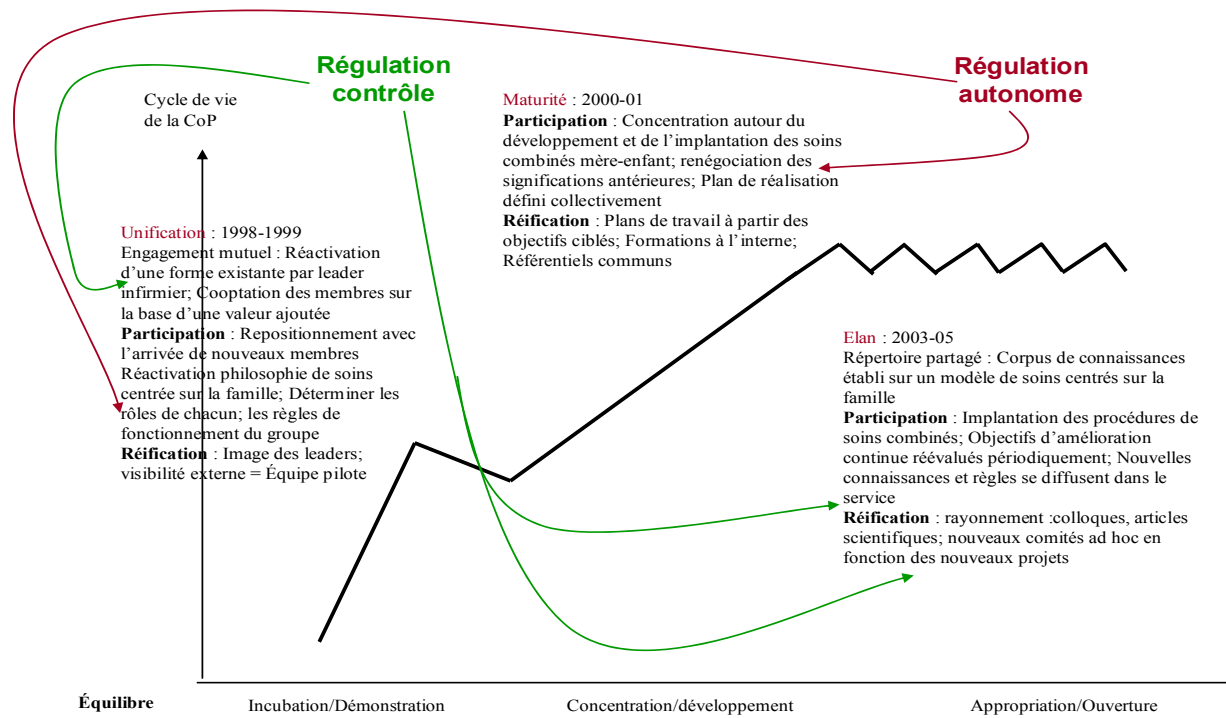
Comme nous avons pu nous en rendre compte à la lecture des bilans d'objectifs, la visibilité de « la communauté de meilleures pratiques » dépasse les seules frontières du Centre des naissances. Désormais, ses activités de rayonnement la conduisent à intervenir dans des forums, à faire des présentations lors de conférences scientifiques voire à faire la promotion du Centre des naissances par voix de presse.

« Le partage des connaissances qui s'est fait... qui se fait encore.. le dynamisme des gens – On va présenter à tel congrès – on bâtit tel projet ensemble... d'ailleurs le sous-comité périnatalité-toxicomanie a gagné un prix de la Fondation en 2002 pour... au niveau des infirmières... y a des enseignements... des programmes d'enseignement qui sont mis sur pied – vous voyez d'ailleurs dans les réunions, on en parle beaucoup de ça. » (P)

Si tel que nous l'avons mentionné, son dynamisme avait déjà été souligné par la direction hospitalière dès les premiers temps de son activité, la maturité que la communauté a acquise en matière d'amélioration continue des pratiques en soins périnataux, les capacités à accompagner le changement qu'elle a su démontrer, en font certainement un acteur incontournable des stratégies organisationnelles.

La figure suivante (Figure 5) illustre la modélisation de la CoP de l'unité Mère-Enfant selon le modèle de cycle de vie développé par Wenger et ses collaborateurs (2002), complétée par l'approche théorique de la régulation sociale de Reynaud (1989).

Figure 5 : Cycle de vie de la CoP de l'unité Mère-Enfant, inspiré de Wenger, E.; MacDermott, R.& Snyder, W.M. (2002)



VI.6 – Conclusion et synthèse du cas

La description du cas du secteur Mère-Enfant du CHUá à laquelle nous avons procédé a suivi l'évolution du changement tel qu'il s'est mis en place consécutivement à la décision de fusion entre les trois hôpitaux universitaires francophones de la région de Montréal. Comme pour le cas précédent, le découpage temporel que nous avons effectué nous a permis de saisir les événements au gré de leur évolution et d'appréhender dans ce contexte, les dynamiques professionnelles à l'œuvre pour accompagner le processus de changement engagé. Une fois de plus, c'est en nous appuyant sur la dynamique d'évolution d'une communauté de pratique (Wenger et al., 2002) que nous avons appréhendé ce phénomène.

En premier lieu, nous nous sommes attachée à décrire la chronologie des événements qui, de la décision de fusion entre les deux départements d'obstétrique-gynécologie du CHUá au processus d'intégration de leurs activités, a marqué le rythme du changement dans ces unités.

Tout d'abord, nous avons insisté sur une logique, celle du politique qui a rapidement dessiné les orientations du CHUá en matière de périnatalité. Nous avons montré que le dessein politique était avant tout celui d'un repositionnement stratégique du secteur Mère-Enfant du CHUá sur l'échiquier provincial et régional. Dans ce contexte, le projet dépassait la seule perspective d'un exercice de regroupement d'activités sur un seul site pour s'inscrire dans un projet plus large de développement et de consolidation du Réseau Mère-Enfant au Québec. Cette nouvelle donne impliquait que le secteur de la périnatalité du CHUá ne pouvait plus se prévaloir d'une pratique individualiste et de compétition, mais devait plutôt s'inscrire dans une complémentarité d'expertises avec d'autres. Partant, sa volonté de devenir un centre de référence en matière d'obstétrique-gynécologie, spécialisé dans les pathologies maternelles, l'amènera à appuyer le regroupement des forces dans ce domaine au détriment d'autres expertises précédemment développées comme celle de la néonatalogie tertiaire qui disparaîtra dans le contexte de la fusion.

Nous avons également insisté sur les particularismes des deux centres. L'un à B, affichant une pratique peu interventionniste de la grossesse; privilégiant le recours aux médecins généralistes; à la cohabitation mère enfant et à une délégation d'actes infirmiers sous l'autorité médicale; revendiquant toutefois une expertise, celle de la néonatalogie tertiaire qui fonctionne à flux tendu par manque de ressources. L'autre à C, privilégiant une pratique spécialisée en matière de grossesse à la fine pointe de la recherche et de l'enseignement; dispensée majoritairement par des gynécologues-accoucheurs en collaboration avec un personnel soignant et professionnel hautement qualifié et autonome; et offrant des soins de néonatalogie de niveau intermédiaire.

Le constat d'un déséquilibre des forces entre B et C viendra éclairer la décision d'un regroupement des activités de la périnatalité non pas sur le site de B, pourtant récemment rénové mais sur celui de C, qui négociera dans ce contexte une reconstruction de ses locaux.

Enfin, nous sommes revenue sur les conditions même de ce regroupement d'activités sur un seul site, effectué dans la précipitation en contexte de pénurie de ressources médicales, alors que la fusion administrative et syndicale des trois entités hospitalières n'était pas complétée. Mais surtout, nous avons insisté sur l'annonce du regroupement, qualifiée initialement de « provisoire » et qui a largement contribué à entretenir les espoirs mais aussi les incertitudes du personnel soignant relocalisé.

Ces éléments nous ont permis de mettre en lumière les divers événements qui ont marqué l'exercice d'intégration de la périnatalité du CHU^á au cours de la première année de regroupement, et que nous rappellerons brièvement : le départ massif du personnel médical opposé aux réorientations annoncées par le chef de département notamment celle de mettre fin à l'activité de néonatalogie tertiaire; le sentiment d'une déqualification de la part du personnel soignant de néonatalogie de B qui perd son expertise dans le domaine des soins tertiaires; des conflits importants entre les membres – médicaux et infirmiers – des deux équipes recomposées face une philosophie de soin et des façons de faire culturellement distinctes qui entraîneront de nombreux départs tant dans les rangs de B que de C.

En conclusion de cette première période de restructuration, nous avons identifié plusieurs éléments, dont certains concourront dans un premier temps, à la stabilisation de la situation alors que d'autres seront considérés par nous comme des agents facilitateurs pour les changements à venir.

Il s'agit d'abord de l'officialisation de la fusion des secteurs Mère-Enfant du CHU^á qui intervient un an après le regroupement précipité des activités sur le site de C, et qui va entraîner une refonte des accréditations syndicales, un réaffichage de l'ensemble des postes infirmier et une levée des incertitudes pour le personnel soignant de B. La décision de (re)construction complète du secteur Mère-Enfant ensuite, qui impliquera le transfert complet du secteur dans des locaux de transit durant deux années. Dans ce lieu sans histoire, les structures décloisonnées favoriseront les échanges et l'établissement de relations sociales entre les deux équipes fusionnées. Enfin, l'existence d'un leadership professionnel fort à C, à l'image de l'équipe d'encadrement infirmier qui va accompagner le processus d'intégration en pilotant l'implantation d'un nouveau modèle de soins centrés sur la famille et qui constituera le 2^e volet de changement dans ce secteur.

Au terme de ce que d'aucuns appelleront « une fusion dans la fusion », ce nouveau concept de soins qui prône un principe de cohabitation mère-enfant » redessinera les contours de l'organisation des soins dans l'unité. C'est en effet au nom de ce principe que l'équipe d'encadrement infirmier procédera au décloisonnement des pratiques de travail et exigera de son personnel infirmier une mobilité sur les trois structures que sont : la salle d'accouchement, le post-partum et la néonatalogie.

Dans la deuxième partie du cas, nous nous sommes intéressée au phénomène de l'apprentissage ou plutôt des apprentissages à faire dans le contexte des changements à implanter.

Un premier volet met en saillance l'urgence à harmoniser les pratiques de l'unité de néonatalogie qui se pose comme le pré requis à la stabilisation des rapports de travail entre les membres de cette équipe fusionnée qui défendent des positions et des façons de faire différentes. La stratégie déployée par l'équipe d'encadrement qui consiste à faire se rencontrer autour d'une table des leaders des deux camps; à réguler leurs

échanges par le biais de la meilleure connaissance disponible dans le domaine des soins périnataux, souligne l'importance d'un apprentissage situé, propice à la co-construction de sens et à la valorisation des compétences de chacun. Cette approche conjuguant pratique réflexive et apprentissage dans l'action, va être l'occasion d'une co-gestion des problématiques auxquelles les acteurs professionnels sont quotidiennement confrontés.

Le deuxième volet reprend cette idée de co-construction et de co-gestion en retraçant le cycle de vie de ce que nous avons appelé « la communauté de meilleures pratiques », un comité d'amélioration continue qui prend naissance à C dans le contexte de la procédure d'agrément hospitalier de 1994. Bien que ce regroupement multidisciplinaire initié par l'adjointe à la clientèle Mère-Enfant de C, ait été légitimé en première instance par un mandat institutionnel – procéder à une auto-évaluation des soins et services dispensés à la clientèle Mère-Enfant en préparation de l'agrément – nous montrons qu'il se transforme rapidement en une structure pérenne faisant de la démarche d'amélioration continue, une entreprise conjointe, et développant au fil du temps, un répertoire partagé de nouvelles connaissances et pratiques de soins dans le domaine de la périnatalité. Son repositionnement à l'aune de la fusion des deux secteurs intervenue au cours de l'été 1997, le conduira à intégrer de nouveaux membres et à faire du projet de soins centrés sur la famille à implanter, un nouvel axe de développement de connaissances. Sur la base d'un équilibre à retrouver entre incubation et démonstration de l'apport de valeur auquel les nouveaux membres vont souscrire, la « communauté de meilleures pratiques » trouvera un nouvel élan.

La description de l'évolution de cette « communauté de meilleures pratiques » en phase successive, constitue la dernière partie de la narration du cas. En nous appuyant sur le nouveau concept de soins centrés sur la famille qui va redéfinir les priorités des membres du groupe, nous nous sommes attachée à décrire les processus par lesquels la CoP, va réactiver une compréhension mutuelle du domaine. Le rôle joué par l'équipe noyau y apparaît essentiel et la notoriété de ses membres constitue un vecteur puissant pour rallier les nouveaux venus. Un calendrier de rencontre, un ordre du jour, un tableau de bord annuel retraçant l'évolution des objectifs poursuivis,

viendront encadrer le fonctionnement du groupe. L'état de maturité puis l'élan de la communauté à l'aune des connaissances produites dessineront les contours de ses activités de participation et de production. Les rôles et responsabilités de chacun seront déterminés, les objectifs d'amélioration des connaissances et des pratiques seront collectivement définis; les différentes phases d'implantation du changement seront planifiées ainsi que les sessions de formation à l'interne du personnel soignant. Enfin, le processus de régulation à l'œuvre laissera une large place à l'expertise de chacun et au partage du leadership. Ce long processus social et conjoint de participation prendra rapidement une forme réticulaire en générant à la périphérie de la CoP, des sous groupes de travail, tantôt provisoires pour accompagner une phase de changement, tantôt permanents par intérêt pour un projet clinique en développement. Le changement à implanter deviendra alors une construction collective générant une constellation d'actions de la « communauté de meilleures pratiques » vers sa périphérie.

La réintégration de l'ensemble de l'équipe de périnatalité dans les nouveaux locaux au cours de l'été 2002, viendra en quelque sorte, finaliser le processus de fusion engagé entre les deux centres. Symboliquement une page se tourne puisque le nouveau secteur est rebaptisé « centre des naissances du CHUá ».

Pour la « communauté de meilleures pratiques », c'est la consécration de quatre années d'engagement autour du développement des meilleures connaissances et pratiques sur les soins centrés sur la famille. La polarisation autour d'objectifs communs nécessitant l'engagement et la participation de tous les membres impliqués, a porté ses fruits et un sentiment d'appartenance fort au groupe s'est développé. Désormais, les mères et les nouveau-nés bénéficient d'une prise en charge intégrée. L'infirmière constitue le pivot central d'un réseau de services et collaborent étroitement avec les différents professionnels qui interviennent durant l'épisode de soin. L'organisation du travail s'effectue par dyade infirmière-auxiliaire ainsi que nous le constaterons lors de nos observations de terrain et prévoit une mobilité du personnel sur au moins deux structures, l'unité de néonatalogie et l'unité post-partum.

De nombreux projets ont germé dans le cadre des rencontres de la « communauté de meilleures pratiques » et montrent sa capacité à actualiser rapidement ses connaissances dans le domaine de la périnatalité et à générer de nouvelles idées. Les activités de rayonnement dont elle fait montre, notamment en matière de toxicomanie, d'allaitement, de soulagement de la douleur, pour ne citer que ces exemples, contribuent à asseoir sa valeur et sa crédibilité au sein de l'organisation.

Enfin, si la finalité agréée par l'ensemble des membres de la CoP concerne l'amélioration continue des pratiques et donc des connaissances dans le champ de la périnatalité à partager, nous aurons constaté à la lecture du cas, qu'elle reste perméable aux commandes institutionnelles devenant à cette occasion une courroie de transmission pour le changement.

Une fois de plus, la conclusion de cette synthèse nous amène, à l'instar du cas précédent, à identifier l'extrême plasticité de la CoP que nous avons pu observer. Ses frontières, ses objectifs, évoluent et se transforment au gré de ses propres besoins mais également en regard des mandats institutionnels qui la rejoignent.

Chapitre VII : Analyse inter-cas

L'analyse transversale des cas que nous abordons dans ce chapitre doit nous permettre d'améliorer notre compréhension des logiques sous-jacentes à la dynamique de construction des communautés de pratique. Les deux cas que nous avons étudiés sont comparables. Ils mettent en scène des acteurs hospitaliers confrontés à une problématique identique : la fusion de leurs unités de soins. Cet exercice qui implique le changement des organisations de travail, nécessite de nouveaux apprentissages et de nouvelles règles de collaboration à initier dans un contexte d'interdépendances fortes.

Par ailleurs, l'approche processuelle que nous avons adoptée dans le cadre de cette étude, nous permet de revenir sur les caractéristiques structurantes des CoPs ainsi que sur l'évolution de ces formes de participation dans l'environnement organisationnel auquel elles appartiennent. L'analyse comparative des deux cas vise à enrichir la conception de la dynamique des CoPs développée par Wenger et al. (2002).

Notre cheminement reprend les grandes catégories analytiques qui découlent du modèle conceptuel initial. En premier lieu, les caractéristiques structurelles des Cops étudiées : **l'engagement mutuel, l'entreprise commune et un répertoire partagé de ressources**, sont resituées dans le contexte des deux cas. Cet exercice nous permet de revenir sur certains éléments structurels de la communauté de pratique : ce qui la caractérise et donc la différencie d'autres formes de participation organisationnelles. En second lieu, la dynamique de développement d'une CoP est revisitée. En nous appuyant sur la notion de **dualité participation/réification** que Wenger (1998) pose comme un aspect fondamental de la constitution et de l'évolution d'une CoP, notre analyse met au jour un certain nombre d'éléments structurels qui permettent de mieux comprendre le jeu d'équilibre à l'œuvre entre ces deux notions tout à la fois en tension et complémentaires. Au cœur de cette dynamique d'équilibre à trouver, **les logiques d'apprentissage continu et situé et de régulation sociale** nous semblent déterminantes à favoriser le développement d'une CoP.

Enfin, l'analyse des deux cas nous permet de revenir sur les capacités des communautés de pratique à accompagner voire à devenir des acteurs collectifs du changement que celui-ci soit lié aux nouvelles formes de connaissances qui émergent de la réorganisation des pratiques ou en regard des nouvelles régulations à mettre en place dans le cadre du regroupement d'activités.

Cette lecture du changement sous l'angle de la production des CoPs, nous permet d'aborder l'exercice de la fusion non plus sous l'angle des conséquences d'un changement radical sur les dynamiques organisationnelles (i.e. résistance au changement, incertitude, etc...), mais bien sous celui des capacités des unités de production à intégrer cette fusion par des micro-changements processuels et situés au cœur des pratiques quotidiennes de travail.

VII.1 – Caractéristiques déterminantes des communautés de pratique

Une des définitions les plus récentes des communautés de pratique nous est fournie par Wenger, McDermott & Snyder (2002, p.4) qui les identifient comme des « *groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis* ».

Cette définition, qui fait sens pour chacun d'entre-nous, ne permet toutefois pas de distinguer une communauté de pratique de n'importe quelle autre forme de participation organisationnelle : groupe projet, équipe fonctionnelle de travail, communauté professionnelle qui peuvent tout à fait répondre à ces mêmes critères. Elle ne permet pas non plus d'en circonscrire les contours : la taille de la communauté, sa longévité, son caractère intentionnel ou non, etc. L'ensemble de ces points figure au nombre des critiques faites aux concepteurs du modèle par plusieurs auteurs chercheurs et praticiens en gestion (Chanal, 2000; Josserand, 2004; Vaast, 2002).

Afin de distinguer empiriquement les communautés à l'étude d'autres formes organisationnelles, l'analyse inter-cas nous permet de vérifier, comme d'autres l'ont

fait avant nous dans leurs propres travaux, si les trois caractéristiques opérationnelles, en quelque sorte les attributs unificateurs de la CoP que sont : l'entreprise commune (*joint enterprise*), l'engagement mutuel (*mutuel engagement*), un répertoire partagé (*shared repertoire*) définies par Wenger (1998) sont bien présentes. Les points de repère proposés par Wenger et Snyder (2000) dans les définitions en « creux » de ce qui ne correspond pas à une communauté de pratique, ajouteront à l'effort de distinction à faire.

VII.1.1 – Un engagement mutuel

Au commencement était le *care* C'est par ce vocable *care* que nous souhaitons aborder le sens premier à donner à la notion *d'engagement mutuel* identifiée au sein des deux communautés de gériatrie et mère/enfant que nous avons étudiées. *Care* non pas dans une logique du *prendre soin* essentialisant le rôle dévolu historiquement aux femmes, mais bien dans celui d'une *socialisation du travail du soin* où le *care* est au carrefour de logiques professionnelles multiples, humaines et organisationnelles, pour désigner à la fois « un travail et un idéal d'attention porté vers autrui » (Sainsaulieu, 2007).

A notre sens, le point de départ des communautés étudiées – le premier lien qui préside à leur émergence – est bien celui de l'identification au métier, préalable du sens à donner à leurs actions qui s'enclasse dans un même idéal de service. Pour l'un et l'autre des deux cas observés, le domaine de connaissances, gériatrique pour l'un, Mère-Enfant pour l'autre, et la vision globale du *prendre soin* mise en scène, constituent les catalyseurs de la rencontre des membres. Ces centres d'intérêt communs définis très tôt comme « *un modèle d'intervention gériatrique pour répondre adéquatement aux besoins et aux priorités de la personne âgée et de sa famille* » ... « *une philosophie de soin centrée sur la famille qui vise la cohabitation complète mère-enfant durant le séjour hospitalier* » et la participation interactive que ces modèles de soins intégrés impulsent, posent, pour l'un et l'autre cas, le principe d'un investissement personnel pour un même domaine d'intérêt et de connaissances à développer collectivement. En quelque sorte, et pour reprendre les propos d'Alter

(2006), c'est l'existence d'une « communauté de valeurs » qui défend le même idéal de service qui préside à cet engagement.

VII.1.2 – L'entreprise commune

Dans l'un et l'autre des cas, les groupes sont restreints, une douzaine de personnes se rencontrent sur une base volontaire. La formalisation du cadre des rencontres régulières (tous les quinze jours aux temps forts de la production des groupes) dans un lieu et selon un horaire précis; les objectifs de travail ciblés « *définir un modèle d'intervention gériatrique qui soit en cohérence avec le caractère multidisciplinaire de la démarche de soins* »; « *développer un nouveau modèle de soins visant l'intégration des soins mère-enfant* » circonscrivent les contours des deux communautés qui vont se mettre en place.

Comme nous l'avons observé dans les deux cas, les relations d'échange des membres entre eux s'appuient fortement sur les connaissances et le savoir de chacun exprimés lors des rencontres en face à face : « *mettre en commun les expertises pour définir un modèle interdisciplinaire d'intervention gériatrique* »; « *mettre en commun des façons de faire, partager des connaissances et des nouveaux apprentissages autour des « meilleures pratiques » de soins disponibles au sein de l'unité de néonatalogie* »; « *harmoniser les pratiques pour stabiliser le climat de travail à l'unité Mère-Enfant* ».

Le cycle de vie des deux communautés de pratique que nous avons détaillé dans les deux chapitres précédents nous a permis d'identifier les processus régulés qui se mettent en place chemin faisant :

- 1) *Unifier* les membres autour d'un projet commun en instaurant des rencontres régulières ; définir le rôle de chacun à l'intérieur du groupe; déterminer un échéancier et des objectifs à atteindre; cerner les nouvelles compétences à acquérir tant dans le domaine de l'interdisciplinarité pour la gériatrie que dans celui du modèle de soins intégrés mère-enfant; se confier des rôles et des

mandats; faire intervenir des compétences externes pour améliorer ses connaissances... ;

- 2) Atteindre une *maturité* et *gérer les connaissances produites* en les externalisant comme ce fut le cas pour le PAFI (Programme d'Amélioration du Fonctionnement Interdisciplinaire), distribué à l'ensemble de l'équipe de gériatrie ou encore en offrant des sessions de formation à l'interne ou en participant à des colloques pour la communauté de meilleures pratiques de l'unité Mère-Enfant.

Et bien que les statuts hiérarchiques soient visibles au sein de ces deux communautés, c'est pourtant la responsabilité que chacun endosse dans la production des connaissances utiles à la pratique qui régule cette entreprise commune. Nous reviendrons précisément sur ce point un peu plus loin.

VII.1.3 – La construction d'un répertoire partagé

Le suivi de ces processus collectifs d'apprentissage au travers du cycle de vie des communautés de pratique, nous montre également la mise en commun des ressources intellectuelles et des connaissances produites par les membres des groupes au fil du temps. Les livrables, fruits de l'entreprise commune sont identifiés dans l'une et l'autre des communautés : la mise en forme du Programme d'Amélioration du Fonctionnement Interdisciplinaire (PAFI), sa mise en pratique par voie de formation et sa réification sous forme de poster affiché de façon permanente dans la salle de réunion de l'unité gériatrique; la production d'une cartographie des rôles des différents intervenants en gériatrie, etc...; la mise à jour des techniques de soins pour l'unité mère enfant ou encore la diffusion des connaissances produites, réifiées sous forme d'articles scientifiques ou de communications savantes (méthode *BONAPACE*; Soins sur le syndrome de retrait néonatal à la méthadone).

Par ailleurs, l'ensemble de ces ressources ne constitue pas seulement le résultat tangible des problèmes d'harmonisation des pratiques que les communautés ont

cherché à résoudre, il a permis la création de nouvelles significations en regard des pratiques et des règles, émergent collectivement et partagées par les membres.

VII.2 – Les formes de collaboration étudiées sont-elles des CoPs ?

Les trois pôles unificateurs qui caractérisent une communauté de pratique : engagement mutuel, entreprise commune et répertoire partagé, sont bien illustrés dans les deux cas que nous avons étudiés. Toutefois, la présence de ces trois caractéristiques n'est pas déterminante à distinguer ce dispositif collaboratif d'autres formes organisationnelles comme par exemple, des équipes fonctionnelles de travail ou des équipes-projets. A cette étape de l'analyse, un exercice de différenciation s'avère indispensable à faire en confrontant les collectifs que nous avons étudiés à d'autres formes de participation bien identifiées dans la littérature.

Selon nous, les formes de collaboration que nous avons étudiées ne peuvent s'apparenter à des équipes fonctionnelles de travail car – bien que chacun des membres puisse être identifié par ailleurs au sein des unités de productions des soins auxquelles il appartient – ce sont bien un intérêt réciproque et un engagement autour d'une problématique spécifique qui ont provoqué les « rendez-vous » réguliers de ces professionnels sur la base d'une auto-sélection – et non pas les tâches routinières qu'ils exécutent quotidiennement dans le cadre de leurs activités professionnelles. De plus, l'organisation des rencontres, leur fréquence, leur durée, les objectifs définis et les productions réalisées par les membres reposent avant tout sur une finalité acceptée par tous (médecins, cadres, et autres professionnels du soin) celle de la construction d'une vision partagée, associée à la discipline que tous partagent. Ici, ce ne sont pas les statuts ou la hiérarchie qui régulent les rapports entre les membres et structurent leurs interactions mais bien un leadership collectif où se conjuguent co-expertise et co-apprentissage à la rencontre d'*une pratique toujours à améliorer* comme nous l'ont dit, nombre d'interlocuteurs rencontrés.

Les formes de participation que nous avons étudiées ne peuvent pas non plus être associées à des équipes projets. Ces dernières émergent avec un mandat précis

qu'elles doivent remplir dans un temps impartis. Les groupes qu'elles composent sont délibérément construits pour une finalité à atteindre et désignés par un chef d'équipe alors que les communautés que nous avons étudiées ne sont pas délimitées dans le temps, mais plutôt continuellement en devenir et auto-organisées en fonction des mandats qu'elles se donnent. Pour les mêmes raisons, nous ne pouvons associer les communautés que nous avons étudiées à des groupes de travail, dont la structuration et les objectifs sont définis par la hiérarchie pour répondre à un objectif précis.

Pour résumer, l'analyse de la structuration des communautés observées dans les deux cas nous permet de les considérer comme des communautés de pratique. Toutefois, à l'instar d'autres recherches effectuées sur ces formes de participation spécifiques, nous noterons qu'il ne s'agit pas non plus de groupes parfaitement émergents.

Dans le cas de l'unité de gériatrie, le groupe qui prend forme émane du comité interprofessionnel – forme de participation institutionnelle mise en place dans le service par la hiérarchie médicale au moment de la fusion d'établissements – alors que dans l'unité Mère-Enfant, « la communauté de meilleures pratiques » se structure à la suite du groupe de travail institué lors de la procédure d'auto-évaluation qui constitue une étape essentielle du processus d'agrément des établissements de soins.

Selon nous, ce constat n'est pas en contradiction avec la définition des communautés de pratique que nous avons retenue puisque c'est bien sur la base d'une participation libre des acteurs qui va se structurer et s'organiser dans le temps, à l'aune des meilleures connaissances à définir et à partager que se mettent en place ces communautés de pratique.

Nous retiendrons également que la logique de « management participatif » à l'œuvre, notamment dans le cadre de la démarche de certification d'établissement hospitalier ou dans les premières étapes de la fusion comme nous l'avons vu dans le cas du secteur mère/enfant, n'est pas sans influence sur l'émergence de ces communautés et sur leurs capacités collectives. De plus, nous l'avons observé à la lecture des cas, les productions des deux CoPs traversent leurs frontières et s'insèrent dans les pratiques de soins au cœur de l'activité quotidienne des équipes fonctionnelles. De même, les

membres des CoPs, ont des liens et des positions institutionnels clairement identifiés au sein des équipes fonctionnelles de travail.

VII.3 – Le développement des CoPs : un processus incrémental et dual de participation/réification

Bien que critiqué par nombre de chercheurs en gestion (Dameron & Josserand, 2007; Gongla & Rizzuto, 2001) qui considèrent qu'il réduit la richesse des travaux fondateurs de Wenger sur les CoP (1998) à une part congrue, nous avons fait le choix d'utiliser le modèle du cycle de vie des CoPs développé par Wenger et al. (2002) pour appréhender l'évolution des communautés de pratique à l'étude.

Au-delà des critiques qui lui sont faites – notamment en ce qui a concerné le caractère linéaire et quasi systématique des cinq phases du processus de développement d'une CoP – ce modèle du cycle de vie nous a été utile pour mettre à jour la dualité du processus participation/réification que Wenger (1998) considère comme fondamentale pour comprendre la dynamique de construction des communautés de pratique.

La négociation du sens à donner à l'entreprise commune dans laquelle les membres de gériatrie et du secteur Mère-Enfant sont engagés, révèle des processus de participation et de réification complémentaires et interdépendants qui viennent structurer « chemin faisant » – par des actions et/ou interactions – l'organisation des communautés et leurs productions (Cf. tableaux 16 et 17.).

A l'instar de Wenger (1998), nous considérons la négociation de sens comme un **processus temporel** dans lequel le maintien d'un **engagement mutuel**, permet de poursuivre une **entreprise commune** dans le but de **partager** un apprentissage significatif qui constitue **un répertoire de ressources**.

Cette logique processuelle sous-entend que pour assurer l'évolution et la survie d'une CoP, un processus permanent de construction de sens doit être maintenu par un équilibre constant à rechercher entre participation et réification.

VII.3.1 – Explicitation de la modélisation dynamique d'une CoP

Nous l'avons vu à la lecture des cas, la potentialité d'émergence d'une CoP apparaît au décours d'une problématique ou d'un domaine d'intérêt qui fait sens et qui pose les bases d'une entreprise commune à développer. Comme nous l'avons précisé plus avant (Cf. *supra*), il s'agit en quelque sorte d'une « communauté de valeurs » défendant le même idéal de service qui devient le pré-requis pour cette entreprise commune. Mais en regard de ce que nous avons dit précédemment, nous pourrions convenir également qu'une CoP – en l'absence d'une négociation de sens basée sur un couplage harmonieux entre participation et réification – pourrait en rester là, c'est-à-dire ne pas dépasser le stade embryonnaire de son développement³⁶.

A titre d'exemple, nous pourrions revenir sur l'état potentiel de la CoP de gériatrie où l'on voit bien que c'est sur la base d'un équilibre entre un intérêt commun pour un modèle de gériatrie centré sur l'interdisciplinarité et les perspectives en terme de développement des pratiques professionnelles qu'il permet d'imaginer que l'unification des membres autour du domaine à partager se concrétise.

C'est précisément sur ce point d'équilibre à trouver, et qui permet de passer d'un état à un autre, que nous allons revenir en utilisant la grille d'analyse de la *dualité participation/réification* pour identifier la dynamique de développement des CoPs de gériatrie et Mère-Enfant.

La *participation* des membres des deux communautés étudiées revêt tout à la fois une dimension relationnelle (activité de régulation sociale) et de connaissances produites (activités de création). Comme nous l'avons vu dans les deux cas, il s'agit d'un engagement visible, matérialisé par une mise en présence en face à face et où chacun montre son implication. L'effort permanent dont nous parlions précédemment, fait appel à un processus collectif de négociation de l'entreprise commune qui structure les échanges et permet l'élaboration de nouvelles connaissances, au décours d'actions et d'interactions. Celles-ci se poursuivent dans le temps et nous pourrions comparer

³⁶ - Ce constat fait d'ailleurs partie d'une des thèses développées par Wenger (1998) dans son ouvrage de référence.

cet effort à une « *initiation au contexte* » dont nous parle Giordano³⁷ (Avenier & al., 1997, p. 155) où une construction de sens progressive émerge de l'engagement des membres dans le contexte situé de leur pratique, contexte qu'ils créent au fur et à mesure de leur collaboration.

La *réification* qui vient donner forme (de façon abstraite ou concrète) à la négociation de sens est indissociable de la participation. Nous rejoignons ici la thèse de Wenger (1998, p.71) pour qui, il s'agit de deux éléments interdépendants d'une même unité conceptuelle qui s'enrichissent et se dynamisent mutuellement dans une tension/complémentarité permanente.

La production (réification) des deux communautés étudiées « le programme PAFI », « la cartographie des rôles, des différents intervenants », « un guide d'accueil des nouveaux venus en contexte d'interdisciplinarité », etc...en gériatrie; et « les procédures de soins révisées et mises à disposition au poste de soins », « l'élaboration d'un plan de naissance pour la clientèle », « un programme en réanimation néo-natale dénommé Code rose », etc... pour l'unité Mère-Enfant, constitue tout à la fois le résultat du processus de participation et une partie du processus lui-même, puisqu'elle donne forme à la négociation de sens qui s'instruit dans la continuité des échanges.

« C'est notre point fort ça, on est bon là-dedans l'approche client (en gériatrie)...c'est sûr que pour nous c'est interdisciplinaire, puis on a mis nos énergies là-dessus...» (M.)

« En fait la réorganisation des soins et des services en périnatalité...avec le nouveau concept de soins combinés (...) y avait toute une partie de réflexion sur nos modèles de soins à redéfinir en fonction des nouveaux besoins. Le modèle de soins centrés sur la famille...c'est pas seulement une réorganisation du travail des infirmières avec les soins combinés...c'est plus large....plus large que ça...C'est une façon de dire comme équipe interdisciplinaire ...c'est quoi nos valeurs ?...c'est quoi qu'on définit comme étant les meilleures pratiques? » (I)

Les dimensions de la participation/réification mises en perspective dans les deux tableaux des pages suivantes, constituent les points d'attention pour comprendre le

³⁷ - L'auteur fait référence à l'ouvrage de H.T Hall, Au-delà de la culture publié en 1979.

passage d'un état de la CoP à un autre. Les éléments interdépendants et complémentaires : *découverte/imagination*, *incubation/démonstration de valeur*, *concentration/expansion*, *appropriation/ouverture*, résultent d'un équilibre entre un état « d'enracinement » ou de cristallisation de la CoP – lorsqu'elle se concentre sur le sens à donner à l'entreprise commune (participation) – et sa capacité à se projeter au-delà, en matérialisant les résultats de ces échanges sous la forme d'artefacts et d'objets réifiés.

Ces couplages, identifiés aux différentes phases de développement des CoPs étudiées : *découverte/imagination* (état potentiel); *incubation/démonstration de valeur* (état d'unification); *concentration/expansion* (état de maturité); *appropriation/ouverture* (état d'élan), sont autant d'indicateurs des dimensions de participation/réification qui permettent de rendre compte de la dynamique d'évolution d'une CoP.

C'est cette dialectique participation/réification, qui met en scène des apprentissages successifs et un dispositif de régulation organisé par les membres, qui permet aux CoPs de gériatrie et Mère-Enfant d'atteindre leur pleine maturité.

L'apprentissage tel que nous le concevons ici, réfère à deux acteurs. Il concerne bien évidemment les membres pris individuellement qui apprennent de leur participation et de leur engagement aux pratiques de la communauté – chacun prend conscience de ce qu'il peut apporter au groupe mais aussi ce qu'il peut apprendre de lui. Mais il intègre également, un acteur collectif – la communauté – pour qui l'apprentissage concoure à la création de nouvelles significations et représentations sur les nouvelles façons de faire pour travailler ensemble.

Les deux tableaux en pages suivantes, proposent une modélisation dynamique du développement des CoPs, qui reprend les caractéristiques dynamiques de la dialectique *participation/réification* que nous avons identifiées.

MODELISATION DYNAMIQUE de la CoP GERIATRIE						
État/Période	Potentiel - automne 1998	Unification : 1999-2000	Maturité : 2000-2001	Elan : 2001-2002	Transformation 2002...	
Facteurs structurants	Une entreprise commune = réviser le modèle d'organisation des soins existant (domaine de compétence et de savoir des acteurs) afin d'harmoniser les pratiques	Une plate-forme (engagement mutuel) = un modèle de soins gériatrique en interdisciplinarité à développer	La conscience de la valeur ajoutée du modèle pour l'équipe mais aussi pour l'organisation	Un corpus de connaissances est établi sur un modèle d'intervention interdisciplinaire en gériatrie (répertoire partagé)		
EQUILIBRE	PARTICIPATION	<p>Découverte</p> <p>Adhésion au modèle d'interdisciplinarité qui apparaît comme une référence incontournable pour le soin gériatrique</p> <p>Expertises et savoirs faire en gériatrie pour l'ensemble des membres</p>	<p>Incubation</p> <p>Structuration des membres autour des priorités à définir, des règles de fonctionnement à adopter au sein du groupe, du rôle des leaders, de l'organisation des séances de travail</p> <p>État des lieux des compétences et connaissances de chacun sur l'interdisciplinarité.</p> <p>Chacun identifie ses compétences et celles des autres membres, c'est l'occasion de confronter les points de vue et de conjuguer les expériences.</p>	<p>Concentration</p> <p>Mise en place du PAFI</p> <p>Intégration des connaissances acquises dans le contexte de la pratique quotidienne qui impliquent un réajustement en regard des significations antérieures</p> <p>Négociation autour du rôle de chacun dans la perspective d'une collaboration efficace pour garantir des soins de haute qualité</p> <p>Préparation de la formation à l'interdisciplinarité pour l'ensemble de l'équipe</p>	<p>Appropriation</p> <p>12 objectifs d'ajustement au fonctionnement interdisciplinaire sont ciblés par l'équipe de gériatrie; Les frontières de la CoP s'ouvrent. Implication de membres de l'équipe élargie aux objectifs d'amélioration de fonctionnement;</p> <p>Les valeurs et règles de l'approche gériatrique développées par la CoP (savoirs partagés, objectifs communs, intervention concertée, décisions et responsabilités partagées) se déploient à grandeur de l'unité; Évaluation de la formation à l'interdisciplinarité à 6 mois et 1 an, affichée dans l'unité</p>	<p>Dispersion</p> <p>Mandat initial rempli, la CoP initial e se transforme</p>
	RÉIFICATION	<p>Imagination</p> <p>Perspective de faire de l'interdisciplinarité une démarche d'amélioration continue du soin gériatrique conforme aux objectifs de l'organisation (concept)</p> <p>Valeurs partagées sur le respect du patient, de son entourage et la qualité des soins</p> <p>Affinités de certains membres qui se connaissent déjà</p>	<p>Démonstration de valeur</p> <p>Des documents sur l'interdisciplinarité circulent</p> <p>La formation à l'interdisciplinarité devient un plus pour les membres du groupe qui deviennent formateurs pour le reste de l'équipe (symbole)</p>	<p>Expansion</p> <p>Formation à l'interdisciplinarité pour l'ensemble de l'équipe</p> <p>Mise en application de la connaissance produite sur l'interdisciplinarité;</p> <p>Négociation autour des rôles</p> <p>Production d'un document CHU^a sur le modèle interdisciplinaire de gériatrie ; cartographie des rôles de chacun ; guide d'accueil pour les nouveaux venus; procédures de soins</p> <p>Cahier PAFI disponible au poste de soins pour implication de toute l'équipe aux objectifs d'amélioration de fonctionnement à prioriser (outils)</p>	<p>Ouverture</p> <p>Le modèle d'intervention interdisciplinaire gériatrique ouvrent la perspective de nouveaux projets;</p> <p>Le projet d'unité ambulatoire gériatrique constitue un nouveau tremplin pour la CoP initiale qui coopte pour l'occasion de nouveaux membres intéressés au projet.</p>	<p>Actualisation</p> <p>Nouvelle forme de CoP, organisation réticulaire autour de nouveaux intérêts ou mandats à remplir, interpénétration des objectifs organisationnels et de ceux de la CoP</p>

Tableau XVI : Dimensions de la participation/réification dans le développement de la CoP de gériatrie

MODELISATION DYNAMIQUE de la CoP MERE/ENFANT				
État/Période	Unification : 1998-1999	Maturité : 2000-2002	Elan : 2003-2005	
Facteurs structurants	Leader infirmier à l'initiative de la première forme de participation Réactive le processus autour d'un nouveau modèle de soins centré sur la famille à développer (engagement mutuel) Cooptation sur la base d'une valeur partagée sur la qualité des soins	Vision partagée sur les services et programmes à développer dans le cadre de l'amélioration continue des pratiques	Un corpus de connaissances établi sur un modèle de soins centré sur la famille (répertoire partagé)	
E Q U I L I B R E	P A R T I C I P A T I O N	Incubation	Concentration	Appropriation
		Repositionnement de la CoP - arrivée de nouveaux membres - référentiels communs à définir autour d'une philosophie de soins centrée sur la famille - positionnement des leaders et des règles de fonctionnement du groupe (rôle de chacun, organisation et fréquences des rencontres, comités ad-hoc)	Développement des soins et services conforme à la philosophie de soins centrés sur la famille : Objectifs administratifs, cliniques et de rayonnement ciblés impliquent une renégociation des significations antérieures ; Plan de réalisation collectivement défini; Bilan annuel des objectifs atteints (mémoire collective du groupe)	Implantation des procédures de soins combinés complétée (règles); Poursuite des objectifs d'amélioration continue réévalués périodiquement; Nouvelles connaissances mobilisées par le personnel soignant dans les pratiques de travail : périnatalité-toxicomanie, Protocoles de soulagement de la douleur, etc...
	R E I F I C A T I O N	Démonstration de valeur	Expansion	Ouverture
		Notoriété des leaders déjà en place (fondateur de la CoP initiale), Experts cooptés pour leur compétence spécifique dans le champ de la périnatalité Visibilité externe en matière d'amélioration continue des pratiques (image d'une équipe pilote)	Multiples formes de réification: Plans de travail et de formation ciblés, Référentiels communs Séquences d'orientation pour le personnel soignant; Sessions de formation à l'interne (transfert de connaissances entre pairs);	Nouveaux projets émergent des rencontres du groupe Mise en place de nouveaux comités ad hoc constitués de membres du personnel intéressés au projet (ie clinique d'allaitement) et de membres de la CoP initiale

Tableau XVII : Dimensions de la participation/réification dans le développement de la CoP du secteur Mère-Enfant

Les modélisations de CoP synthétisées dans ces deux tableaux nous permettent de mieux comprendre la façon dont les communautés de pratique ont émergé et se sont développées dans le contexte de la fusion des services de gériatrie et mère/enfant. Elles participent également à l'effort d'explicitation et d'amélioration du modèle conceptuel que nous présentions initialement. Ainsi, les processus d'équilibration participation/réification doivent être intégrés dans le modèle conceptuel initial.

VII.4 – La régulation sociale au cœur de la pratique des CoPs

La théorie de la régulation sociale (TRS), développée par Reynaud, considère la régulation sociale comme le fait social majeur à la fois dans une perspective collective – l'hôpital est un acteur social – et dans une vision d'acteurs individuels et des relations qu'ils nouent entre eux. Partant, cette double mise en perspective collective/individuelle nous invite à aborder la régulation sociale sous l'angle d'une *rationalité interprétative située* où les situations d'échanges et d'interactions entre les collectifs de travail placés en contexte d'interdépendance, s'inscrivent elles-mêmes dans un contexte structuré, organisé, institué qui met en jeu des règles et des dispositifs contraignants.

Autrement dit, les membres des CoPs de gériatrie et Mère-Enfant, en s'engageant collectivement dans une *entreprise commune* concernant l'harmonisation de leurs pratiques dans le cadre du changement et le développement de nouvelles connaissances en lien avec leur domaine d'expertise, doivent redéfinir les règles qui elles-mêmes, tirent leur légitimité du projet qu'ils envisagent. Partant, ils deviennent une *source autonome de régulation dans les régulations de contrôle* dans lesquelles ils s'insèrent et auxquelles ils contribuent tout à la fois. Comme nous le disions précédemment, au cœur de cette dialectique participation/réification, la régulation elle-même inscrite dans une dialectique contrôle/autonomie nous paraît incontournable pour comprendre la façon dont se structurent et évoluent les deux CoPs.

Ce constat, nous amène à appréhender l'analyse de la régulation sociale au-delà des frontières des communautés de pratique respectives de gériatrie et Mère-Enfant, en resituant le contexte et les enjeux de leurs rencontres autorégulées, à l'aune des logiques institutionnelles définies en amont de la décision de regroupement d'activités. En prenant en compte cette dimension d'ensemble, tant l'analyse du cas de la gériatrie que celle de l'unité mère enfant, montrent l'omniprésence d'une régulation de contrôle qui s'exerce bien en amont de l'émergence des collectifs que nous avons étudiés, et dessinent en grande partie, les contours de l'entreprise commune qu'ils vont mener. Ici, des logiques d'efficacité et de coût (régulation de contrôle) et des logiques sociales d'acteurs interdépendants (régulation autonome) s'affrontent, se confrontent et parfois, se rejoignent dans un processus en perpétuel mouvement.

VII.4.1 – Les règles du jeu de l'intégration planifiée

L'analyse des événements critiques liés à l'opération de restructuration des services de gériatrie et d'obstétrique - elle-même inscrite dans une perspective plus large qui concerne la fusion de trois établissements hospitaliers universitaires - montre que le processus de décision concernant ces deux micro-fusions, échappe en grande partie aux acteurs des centres opérationnels.

De prime abord, il nous faut préciser que l'activité de régulation qui va se mettre en place, s'inscrit dans un contexte global de coupes drastiques des financements du système de santé menées au Québec entre 1994 et 1997 par les tutelles (Letourmy & Valette, 2005).

Au plan local et organisationnel, l'intégration planifiée, encadrée par un protocole d'entente de fusion d'établissements signé en 1996, se présente sous l'angle d'une double régulation de contrôle que Reynaud (1988, p. 6) qualifie « *de logiques des coûts* » - ce qui apparaît être le plus pertinent en termes de résultats pour l'organisation - et de « *logique d'efficacité* » - qui mesure l'adéquation des moyens aux fins. Ces deux logiques et les règles qui en émergent, répondent à des contraintes

externes liées aux orientations politiques en matière de production et de dépenses de santé au Québec.

Concrètement, la régulation de contrôle qui s'exerce en amont du rapprochement physique des unités de soins, met en scène deux acteurs clés de l'organisation : la direction hospitalière et les leaders médicaux (chefs de département et de services).

Dans l'un et l'autre des cas que nous avons étudiés, la vision stratégique de la direction hospitalière, qui oriente ses objectifs sur la définition de zones d'expertises et de complémentarité de services – *positionner l'établissement comme un centre de référence en matière d'obstétrique et de gynécologie spécialisé dans les pathologies maternelles sur la région; Devenir le tout premier hôpital ambulatoire au Québec*, les pouvoirs d'influence et les jeux d'alliance des leaders médicaux *sur la nomination des chefs de service du département Mère-Enfant et du secteur de gériatrie* – vont être déterminants pour les choix et les logiques de regroupements à venir. Bien sûr, nous ne pouvons imaginer les pouvoirs d'influence de ces deux acteurs clés, sans les inscrire dans un cadre de régulation plus large, dicté par les instances de gouverne régionales voire par le département de médecine de l'université d'affiliation.

VII.4.1.1 – Légitimité et concurrence de régulations dans l'intégration planifiée de l'obstétrique

En ce qui concerne la fusion de l'obstétrique, l'exercice de régulation selon les logiques coûts/efficacité en regard de la décision de regroupement d'activités, rencontrent plusieurs sources de légitimité :

- concentrer l'expertise médicale d'obstétrique sur un seul site garantissant ainsi l'efficacité des ressources dédiées dans le contexte du développement de la mission universitaire et de recherche;
- prendre une décision rationnelle concernant le site d'implantation à privilégier, en regard de l'activité des deux centres préexistants;
- mettre en œuvre la première phase de relocalisation d'une spécialité – l'obstétrique – dans le cadre du regroupement complet du département d'obstétrique/gynécologie sur un seul site.

A ce niveau stratégique d'intégration, nous pouvons considérer qu'il existe une rencontre de régulations, aboutissant implicitement, à un équilibre de fait entre autonomie et contrôle dans un jeu « gagnant/gagnant » entre le responsable médical du département d'obstétrique/gynécologie et l'équipe de direction du CHU α .

En effet, le regroupement des deux secteurs d'activités de B et C, permet au chef de département nouvellement nommé de bénéficier de la reconstruction complète du centre Mère-Enfant à C. Ce nouveau centre, qui se doit d'être une référence au niveau provincial, équipé de la meilleure technologie disponible (deux blocs opératoires seront intégrés dans le service pour la pratique des césariennes) et de la première unité ante-natale de la région, permettra la consolidation des expertises en périnatalité.

En contrepartie, le chef de département renoncera à l'expertise en néonatalogie tertiaire, conformément à la planification stratégique définie et validée par les tutelles. Par ailleurs, l'augmentation de la masse critique, concentrée sur un seul site favorisera le développement de la mission d'enseignement et de recherche universitaire tout en rencontrant les objectifs de la direction qui accèdera ainsi à une meilleure gestion des effectifs médicaux et professionnels.

Au niveau des équipes de travail, la « logique des sentiments » (Reynaud, 1988), au sens d'une logique sociale, portée par les différents groupes professionnels sur les normes et valeurs organisationnelles qu'ils ont construites au fil du temps (régulation autonome) et qu'ils entendent défendre voire négocier dans le cadre de cette restructuration, est peu visible dans cet exercice d'intégration planifiée. Plusieurs éléments de notre analyse appuient cette assertion.

Tout d'abord, l'annonce de la décision administrative de fermeture du service d'obstétrique de B, qui intervient moins de trois mois après la mise en place de l'équipe de direction du CHU α , procède d'un calcul rationnel, supposé « de moindre coût » en termes de conflit avec la communauté médicale.

« C'était les médecins de B qui ont quitté à l'annonce de la fusion de l'obstétrique. C'est pas les médecins de C. Et obliger... des médecins.. à transférer d'hôpital, c'est beaucoup plus difficile que d'obliger des infirmières à transférer. Alors.. c'est pour ça que c'est B qui a été vers C. » (I)

« On a perdu des médecins qui ont dit : « moi, je ne veux pas vivre cette chicane là » (...) des pédiatres, ça a été une perte dans les 2 hôpitaux, du côté des médecins accoucheurs ça a été surtout des médecins de B, généralistes et spécialistes. » (M)

Par ailleurs, nous l'avons vu à la lecture des cas, l'entente préalable négociée et conclue lors des Tables de concertation et des comités ad-hoc médico-nursing de B et C, qui porte sur une phase de transition à respecter pour le transfert des activités et des personnels soignants des unités d'obstétrique et de néonatalogie de B, deviendra caduque avec la décision d'un regroupement anticipé, prise par l'équipe de direction. Bien que la décision de ce transfert rapide ait été prise dans un contexte de pénurie médicale mettant en péril la qualité du service d'obstétrique de l'hôpital B, elle va entraîner une série d'actions et de décisions en cascade, qui viendront ternir considérablement la légitimité et la cohérence du projet auprès des équipes de soins de B et C.

A la suite de cette décision, la négociation entre les délégués syndicaux, la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers, concernant les modalités de transfert des infirmières - qui représentent la catégorie professionnelle la plus importante de ce secteur d'activités – est menée tambour-battant. En réalité, le terme de négociation nous paraît peu adapté pour décrire cet épisode qui s'est conclu par une entente provisoire signée quatre jours avant la délocalisation du personnel infirmier, accompagnée d'une note de la direction des ressources humaines précisant le caractère temporaire de la fermeture de l'unité de B et donc, du déplacement non moins temporaire du personnel infirmier de B à C.

En somme, nous assistons là aussi, à un évitement du conflit plutôt qu'à une négociation, qui se soldera par un partage du territoire par les protagonistes pendant plus d'une année.

« Les infirmières ont transféré sur la base du volontariat en gardant leur ancienneté, leur statut d'emploi et le choix de la spécialité. » (I : syndicat FIIQ)

« On avait 2 équipes soignantes sur l'étage, une qui portait l'uniforme B très en vue puis l'autre qui portait celui de l'hôpital C très en vue parce que c'était imprimé sur leur gilet. » (M)

A l'analyse, nous conviendrons qu'en l'absence d'une intégration planifiée qui conjugue à la fois des logiques de coûts et d'efficacité (régulation de contrôle) et une logique des sentiments (régulation autonome) où les groupes professionnels concernés vont pouvoir négocier les contreparties à obtenir, une régulation conjointe - c'est-à-dire : « *un ensemble de règles générales acceptées de part et d'autre et qui tiennent compte des préoccupations et des intérêts de chacun* » (Reynaud, 2003, p. 109), s'exprime a minima.

Ce constat nous amène à dissocier la forme de régulation qui se donne à voir ici, de celle d'une « régulation conjointe » au sens défini par Reynaud (1989, 1997, 2003). A l'instar de Y. Lichtenberger (2003) nous conviendrons qu'il s'agit plutôt d'une *régulation commune* (régulation conjointe faible) où les résultats de la négociation lorsqu'elle est effective, aboutissent à des solutions ou des équilibres précaires qui montrent bien plus un évitement du conflit, que de réels échanges sur la base d'accords négociés et acceptés de part et d'autre.

VII.4.1.2 – Légitimité et concurrence de régulations dans l'intégration planifiée de la gériatrie

En ce qui concerne, la gériatrie, la décision de regroupement d'activités, toujours dans une logique coût/efficacité rencontre également plusieurs sources de légitimité, même si dans ce contexte et au nom de la même stratégie que celle évoquée précédemment, nous verrons que ce regroupement physique ne concerne que les services des hôpitaux A et C, l'hôpital B conservant sur son site, une unité de courte durée gériatrique (UCDG) de 28 lits.

Au-delà de la question du regroupement physique, qui n'est pas à l'ordre du jour, compte tenu du volume de lits installés sur le site de B, l'intégration des pratiques cliniques souhaitée et annoncée par le chef de service de gériatrie du CHUá, dès sa nomination, provoque une inquiétude majeure dans les rangs de l'équipe médicale du site B.

« Mon approche, c'était que comme on allait tous travailler ensemble, on allait avoir des services qui allaient être commun (...) tout le monde allait faire de l'unité de courte durée gériatrique, tantôt à B, tantôt à C, il y aurait

une espèce... toujours de circulation entre les deux milieux et avec toujours le respect de la consultation à A, avec le fait que la pratique médicale à A était à mi-temps, ça permettait aux gens qui faisaient de la recherche de faire de la recherche. » (M)

Comme nous l'avons constaté à la lecture du cas, le service de gériatrie de B pratique une approche centrée sur la médecine familiale alors qu'à C, le modèle de pratique en est un, d'expertise gériatrique avant-gardiste. D'emblée, ces deux modèles de pratique apparaissent irréconciliables. De plus, le déséquilibre des forces en présence : cinq gériatres sur le site de C contre un seul à B pour sept omnipraticiens, fait craindre à ces derniers d'être absorbés et dépossédés de leurs prérogatives. Avant même que la négociation puisse s'engager sur les modalités d'un travail en commun à construire, l'équipe médicale de B se dissout. Le seul gériatre en lisse – concurrent déçu à la chefferie – quittera son poste de chef de service et l'hôpital, suivi par l'ensemble des omnipraticiens.

Ici, l'analyse montre une fois de plus, l'absence de régulation conjointe avec une solution qui consiste « à partir » plutôt que d'avoir « à négocier » - sur la base de compromis à faire – les conditions de la coopération médicale. Les observations que nous mènerons sur site quatre ans après les faits, montreront que cet épisode est resté vif et douloureux, tant pour les équipes médicales que soignantes des deux équipes. Si, la recomposition de l'équipe médicale - marquée un an plus tard par le retour de certains des omnipraticiens démissionnaires à B - permettra de retrouver un certain équilibre dans les échanges entre les équipes de soins respectives, facilité, nous le verrons, par des activités institutionnelles communes, le partage de territoires cliniques séparés entre les protagonistes de B et C, demeurera.

Par contre, la décision stratégique de transformation de l'hôpital A en centre ambulatoire, validée par le conseil d'administration et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHUá, est un levier puissant pour légitimer le transfert rapide de l'unité de soins gériatrique de cet hôpital à C.

Partant, cette décision de recomposition de l'offre de soins de l'hôpital A, permet au chef de service de gériatrie du CHUá, nouvellement nommé et confronté à la débâcle de l'équipe médicale de B, d'anticiper et d'annoncer très rapidement le regroupement

des unités de gériatrie de A et C. Cette vision proactive dans le dossier de fusion d'établissements, ne rencontre pas d'objections de la part de l'équipe médicale de A dont le chef de service, leader incontesté puisqu'unique médecin et gériatre en poste sur la structure, verra d'un œil salubre cette fusion d'activités.

« Finalement, quand il est arrivé le temps d'embaucher un 5^{ème} gériatre, la chef dans ce temps là, qui était le Dr X, qui était là (à C) depuis longtemps. Là, elle a dit, on a tellement de travail nous autres qu'il faut absolument qu'elle vienne (sous-entendue moi) à l'hôpital A. Puis, il y avait un effet tropique aussi, c'était beaucoup plus intéressant de travailler ici. Comment veux-tu ce n'est pas drôle de travailler tout seul. C'est ça, moi je voyais bien que j'étais pour mourir sous la tâche. » (M)

L'analyse nous montre que les logiques coût/efficacité se rencontrent car le regroupement va permettre d'augmenter la masse critique de C et supposément, améliorer la mission d'enseignement et de recherche universitaire de ce service

« On va faire un gros service. On va augmenter de lits et développer la recherche. » (M)

tout en répondant aux objectifs stratégiques de rationalité mis de l'avant par l'équipe de direction et débutés avec la fusion de l'obstétrique, six mois auparavant. Il permet également la mutualisation des moyens et des ressources pour garantir la continuité de service à B. Enfin, Il répond à une logique sociale, du moins pour le chef de service de A vis-à-vis de ses collègues de C.

« On se connaissait, on est un très petit groupe. Fait que, tu sais, moi je connais X depuis qu'elle est résidente, Y qui est ici, était ma résidente... Fait que tu sais, on se connaissait là, c'est une famille de rien du tout. » (M)

Pour ces deux services appelés à se regrouper, les leaders médicaux aboutissent à un compromis acceptable et font même preuve d'initiatives en anticipant leur rapprochement auprès de la direction générale du CHU. Ainsi, les termes de l'accord sont actés par le conseil d'administration au printemps 1998 et entraînent comme nous l'avons vu : le transfert de 10 lits d'hospitalisation de A à C et le maintien de cliniques externes sur le site de A en cohérence avec le projet de transformation de cet établissement en centre ambulatoire. Concrètement, ce sont cinq gériatres qui se partageront l'activité médicale sur les trois sites avec la garantie de la rénovation

complète d'une UCDG de 38 lits sur C et le maintien des cliniques externes sur A pour les activités de recherche.

Si, à la faveur de cette décision de regroupement, on assiste à une rencontre de régulations pour ces deux équipes médicales et la direction du CHU^á, il n'en va pas de même pour certaines catégories professionnelles en place dans le service de gériatrie de A.

Ainsi, en est-il des infirmières de l'unité relocalisée qui ne pourront suivre la spécialité à C. L'absence de régulation conjointe entre les syndicats infirmiers de B et C au moment de la fusion de l'obstétrique a laissé des traces. La règle de contrôle qui s'impose désormais, est de ne plus déplacer aucun personnel infirmier tant que les conventions collectives en vigueur sur les trois sites n'auront pas fait l'objet d'une négociation entre les parties. Ici le sens que nous donnons à la négociation est bien celui d'un travail de régulation à faire et partant, d'équilibre à trouver entre des conventions collectives parfois fortement contrastées, et faut-il le rappeler, négociées localement par trois entités hospitalières autonomes, avant la décision de fusion d'établissements.

Par ailleurs, et de la même façon que pour l'obstétrique, nous relèverons que les infirmiers constituent le groupe professionnel le plus fortement représenté dans cette spécialité. Conséquemment, la règle explicite qui va s'appliquer, c'est l'attribution d'un poste en fonction de l'ancienneté selon la convention en vigueur à l'hôpital A.

« Les infirmières ont des postes sur un lieu physique, sur une unité de soins et non pas avec une spécialité (...) Ce n'était pas des infirmières de gériatrie, c'était des infirmières du x étage, pavillon y. de A, (il) a fermé, elles devaient comme « bumper » quelqu'un à l'intérieur de A. » (P)

Une fois de plus, toute logique de sentiments, c'est-à-dire, prenant en compte les affinités construites au fil des années entre les membres de l'équipe de soins de A très soudée, et « *l'amour du métier* » ici, de la discipline, ont été écartés de la négociation et l'on assiste, malgré le vœu de certains agents, à une solution d'évitement de la confrontation syndicats/direction sur un sujet déjà sensible (i.e fusion du département d'obstétrique).

« Certaines (infirmières) auraient voulu venir et continuer en gériatrie. Elles aimaient la gériatrie, elles aimaient l'approche personne âgée, elles adoraient le contact qu'elles avaient avec le Dr M. » (P)

L'intégration à la micro-fusion verra finalement le transfert d'une équipe réduite, c'est-à-dire, du chef de service en place et des professionnels non infirmiers de son équipe, intéressés à le suivre.

Ainsi pour l'un et l'autre cas, un couplage, soit la rencontre entre régulation de contrôle et régulation autonome, apparaît sous-optimale dans cet exercice d'intégration à faire et au plus fort des conflits, l'on assiste plutôt à un partage de territoire et de régulations parallèles, plutôt qu'à une régulation conjointe. Les juxtapositions de régulations qui se donnent à voir nous amènent à les comparer une fois de plus à une régulation commune où la relation sociale consiste en : *« une solution ou un évitement du conflit visant à en reporter à plus tard les effets destructeurs (l'interruption de la coopération), soit par l'établissement des contreparties le rendant indifférent, soit par le partage de territoires séparés entre chaque protagoniste; ceci jusqu'à ce que l'évolution même de la situation ne le fasse ressurgir »* (Lichtenberger, 2003, p. 55)

Dans la partie suivante, notre analyse inter-cas va s'intéresser à la régulation post-fusion, c'est-à-dire à cet apprentissage collectif et émergent visant à (re)construire les rapports sociaux et les dynamiques de travail dans le contexte du regroupement des unités de soins. Autrement dit, nous nous intéressons à la façon dont ces collectifs de travail recomposés vont élaborer, dans le contexte situé de leur pratique, des nouvelles façons de faire, des nouvelles règles de collaboration satisfaisantes pour eux, mais également propres à garantir le succès de l'intégration.

VII.4.2 – Les règles du jeu de l'intégration émergente à la fusion

Si l'exercice de fusion des unités de gériatrie et d'obstétrique se distingue, ne serait-ce que par l'amplitude du regroupement acté : partiel pour la gériatrie (deux services sur les trois existants et excluant le transfert du personnel infirmier), total pour l'obstétrique (les deux unités existantes fusionnées avec l'ensemble du personnel),

l'analyse des cas nous montre que la rencontre de ces collectifs de travail n'est pas donnée pour autant. La loi du nombre ne joue pas nécessairement dans les rapports de force et comme nous l'avons vu pour la gériatrie à C, un leader médical accompagné d'une poignée de fidèles convaincus, suffit à déstabiliser un ordre établi. De la même façon, l'arrivée massive - d'infirmières notamment - en périnatalité de B, ne suffit pas à ce qu'elles puissent imposer leur façon de faire à leurs collègues de C, même lorsque certaines d'entre-elles revendiquent une expertise poussée en néonatalogie.

Pour l'un et l'autre des protagonistes, c'est-à-dire des collectifs de travail regroupés sur un seul site, un travail de réorganisation va se mettre en place « chemin faisant ». Nous l'avons vu tout au long de la lecture des cas, il s'agit d'un processus de structuration long, marqué de multiples étapes d'appropriation et d'élaboration du sens à donner à ces nouvelles dynamiques de travail. Ce travail, qui nécessite l'invention de nouvelles règles communes, permettant d'organiser et de gérer le périmètre d'actions et d'interventions de chaque professionnel conjointement engagé dans la production des soins, en est véritablement un de régulation sociale. En effet, il s'agit bien là de passer d'une régulation en « face à face », où ce qui est gagné par l'un est perdu pour l'autre – *comme c'est le cas pour les professionnels de gériatrie de A qui savent qu'en suivant leur spécialité à C, elles abandonnent leur appartenance d'origine; ou encore pour les infirmières de néonatalogie de B qui en suivant leur spécialité renonceront à leur expertise en pouponnière de soins tertiaire* – à une régulation « côte à côte » où il s'agit de construire ensemble, une vision partagée de l'entreprise commune en dépassant les divergences locales.

VII.4.2.1 – Un passage obligé par la crise

Nos analyses montrent que les logiques locales de chacun des services de gériatrie et de périnatalité ont été le théâtre de confrontations entre les acteurs du soin, dès l'exercice de regroupement acté.

« Tout de suite après le déménagement en fait, il y a eu des conflits (...) Les travailleuses sociales de A sont parties, Il y a eu des conflits entre moi, le Dr X., la travailleuse sociale d'ici, sur des pratiques qui ... » (P)

« Il y avait des heurts épouvantables... surtout en néonatalogie... après ça, je vous dirais, post-partum... la salle d'accouchement Et avec les médecins... la dynamique médicale qui était sur place, c'était pas facile. » (I)

Ici, il s'agit bien d'une crise, d'un point de rupture du système de relations sociales établi et des routines apprises et intégrées dans un espace d'interactivité commun où chacun se reconnaissait une implication et une complémentarité de rôle. Pour l'un et l'autre des cas étudiés, le travail d'harmonisation à faire justifie la transformation des règles prescrites au constat que l'équilibre initial est rompu et n'assure plus la pérennité d'un collectif de travail *ex-ante*.

<p>« <i>Quand elles sont arrivées, elles avaient leur façon de faire et nous on avait notre façon de faire et là je pense qu'il y avait un travail à faire des 2 côtés.</i> » (I)</p>	<p>« <i>Moi je dis toujours, c'est comme un remariage quand tu vas t'installer chez l'autre... Tant que t'as pas mis tes choses...tes marques à toi...ça peut pas aller...là, c'était pareil.</i> » (I)</p>
---	---

L'organisation du travail à construire, qui implique une (re)mise en ordre des procédures et normes, des périmètres d'interventions professionnelles, des rôles et des rapports d'autorité, procède d'un apprentissage tant dans la manière d'élaborer ensemble les nouvelles règles de la collaboration, que dans celle des nouveaux savoirs à acquérir collectivement et qui vont avoir valeur d'arbitrage pour le choix des règles de fonctionnement à intégrer. C'est dans ce contexte de travail d'organisation à réaliser que l'activité des CoPs prend tout son sens, puisque c'est au cœur de la dialectique participation/réification que s'élaboreront les conditions de la coopération interprofessionnelle à redéfinir.

VII.4.2.2 – L'apprentissage à la régulation au cœur de la dynamique participation/réification des CoPs

VII.4.2.2.1 – Un apprentissage marqué par le contexte institutionnel

La structure (règles et ressources) des CoPs ne se dédouane pas des logiques institutionnelles existantes. Dans l'un et l'autre des cas que nous avons étudiés, notre analyse révèle que la rencontre des communautés de pratique (leur état potentiel) ne relève pas d'un processus parfaitement émergent. Plutôt, elles se sont constituées ou se sont réactivées à la suite de formes de participation institutionnellement établies et régulées par des procédures formelles et des règles de gestion omniprésentes. Ainsi, nous avons vu que la communauté de gériatrie émergeait d'un comité

interprofessionnel présidé par le chef de service qui – dans le cadre de la fusion d'établissement – constituait une plate-forme de revendication et d'information à l'usage de chacun des groupes professionnels représentés. Alors que la communauté en périnatalité, prenait forme à la suite du groupe de travail institutionnel, mis en place dans le cadre de la procédure d'agrément de l'établissement en 1994.

Une autre source d'influence du sens à donner à la participation et à l'engagement des membres, et qui vient en quelque sorte réguler l'action des communautés, réfère au statut académique du CHU^a qui se distingue par la multitude, la diversité et la complexité de ses activités et par une organisation proportionnellement complexe. Partant, sa vocation de centre académique et de soins, implique la constante mise à niveau des connaissances disponibles, tant en regard de l'offre de soins que des activités d'enseignement et de recherche à mener. Dans l'un et l'autre des cas, « la meilleure connaissance disponible » concernant le domaine de pratique respectif des communautés, vient jouer un rôle central dans la construction du sens à donner à l'entreprise commune et partant, aux régulations qui s'instruisent.

« Comme professionnelle de la santé, on peut pas passer outre les écrits et la recherche... surtout maintenant avec les... la tendance la pratique basée sur les données probantes je pense que si tu veux avoir un certain appui (..) par la recherche et par les écrits... pour pouvoir après amener ce changement là. » (I)

Ici, l'intervention d'experts institutionnels extérieurs aux groupes, sollicités par les communautés pour améliorer leur compréhension du domaine,

<p><i>« On a eu une accompagnatrice (conseillère en développement des ressources humaines) qui était là à toutes les rencontres et qui a développé un lien extraordinaire avec l'équipe (...) De par sa formation et puis elle était plus au courant aussi de tout ce qui touche les ressources humaines (...) Donc, elle était une ressource vraiment. » (P)</i></p>	<p><i>« Elle était monitrice générale... détachée un moment donné, dans mon secteur et c'est elle qui s'est occupée beaucoup au moment de la fusion du secteur...de l'harmonisation. » (I)</i></p>
---	--

la production de connaissances des CoPs, réifiée sous la forme de référentiels conformes aux standards de « bonnes pratiques », montrent bien que les sources

autonomes de régulation s'insèrent dans des régulations de contrôle omniprésentes auxquelles elles contribuent.

L'ensemble de ces éléments, nous amène à considérer que les règles – qu'elles soient d'efficacité pour les objectifs à atteindre ou de coopération pour définir collectivement le cadre de l'engagement et de la participation des membres des CoPs – qui vont se construire « chemin faisant » pour garantir un nouvel ordre social, prennent place dans un contexte institutionnel fortement structuré et organisé. Partant, les nouvelles formes de régulation ne nous semblent pas s'instruire sous la seule logique d'une négociation formelle (régulation autonome/régulation de contrôle). Plutôt, elles apparaissent comme le résultat d'un apprentissage, vu comme un processus cognitif où la régulation de contrôle, qui vient rappeler les principes du cadre d'action à l'aune des objectifs stratégiques poursuivis par la direction du CHU, contraint et habilite tout à la fois, l'exercice d'une régulation autonome qui va utiliser les marges de manœuvre que lui consent l'institution pour développer des nouvelles formes de connaissance et de gestion du changement.

Ce constat parcourt l'ensemble de notre analyse. Ainsi, les comités interprofessionnels, qu'ils soient de gériatrie ou de périnatalité, les leaders hiérarchiques qu'ils soient infirmiers ou médecins ; les experts externes ou institutionnels, mandatés ou sollicités pour accompagner les communautés de pratique dans leur démarche, sont autant de rappels de l'omniprésence de la régulation de contrôle. Pourtant, leur rôle à la périphérie ou à l'intérieur des communautés de pratique, va favoriser la mise en place d'un questionnement collectif sur les espaces de connaissances à constituer qu'ils soient liés aux façons de travailler ensemble à reconstruire (modèle de soins en interdisciplinarité) ou aux meilleures connaissances et pratiques de soins centrées sur la famille (modèle de soins intégrés mère/enfant) à développer. Tant la mise en place d'une gestion participative, prônée par l'adjointe à la clientèle mère/enfant dès l'officialisation d'une fusion définitive des deux secteurs d'activité de B et C - qui aura une influence sur la dynamique de la CoP mère/enfant - que la volonté du chef de service de gériatrie de voir représenter chaque corps professionnel concerné, au sein de la CoP qui prend forme; témoignent que le processus dynamique de participation/réification au cœur de la construction de

sens de l'entreprise commune des CoPs, conjuguent à la fois une logique d'efficacité conforme aux objectifs poursuivis par l'organisation avec une logique sociale où les membres des communautés, vont, au cœur de leurs échanges, s'initier au contexte du changement et construire progressivement le cadre de leur coopération.

VII.4.2.2.2 – Régulation autour du « rôle attribué » et du « rôle construit »

Au cœur même de la pratique des communautés c'est-à-dire de leurs activités de participation en face à face, la régulation sociale apparaît également comme un processus d'apprentissage continu. Nous l'avons vu, dans les deux cas à l'étude, la sphère du soin est le point de rencontre d'expertises multiples et de rôles professionnels distincts qui impliquent une interdépendance forte entre les professionnels engagés dans une prise en charge globale et intégrée de la personne, qu'elle soit gériatrique ou périnatale. Le contexte d'action des deux communautés resitue bien cet enjeu puisque pour l'une comme pour l'autre, engagée dans la mise en place d'un nouveau modèle de soins, une règle s'impose d'emblée, celle de redéfinir le rôle professionnel de chacun dans le cadre de la coopération à instaurer. Ici le « rôle attribué » par la fonction ou le statut, croise le « rôle construit » qu'il faut redéfinir à la mesure de l'interdépendance des positions redistribuées. Le « savoir comment » travailler ensemble qui implique la (re)construction des relations sociales et le « savoir quoi faire » qui nécessite un retour sur les connaissances et les compétences détenues ou à acquérir, sont au cœur de cet apprentissage collectif

« Le PAFI, c'est d'abord un moment fort à l'intérieur du groupe qui s'est investi là-dedans [...] chaque professionnel sur le comité a émis ce que lui pensait avoir comme rôle et puis chaque professionnel s'est exprimé sur ce qu'il pensait être le rôle de chacun. » (P)

« Bon...à partir de là...on a discuté, comment se répartit le travail? Le rôle des assistantes... Le partage des tâches entre les infirmières et les infirmières auxiliaires [...] C'était exigeant pour tout le monde...on essayait de rien laissé passer. » (I)

Ces règles à (re)construire qui portent notamment sur la hiérarchie et la division du travail du soin montrent bien une fois de plus, les forces en tensions entre contrôle et autonomie. La négociation du sens à donner à l'entreprise commune met en scène des interactions parfois vives où la notion de partage des rôles et des tâches s'expriment,

se discutent à l'aune des valeurs et représentations de chacun, mais également à la mesure des règles de bonnes pratiques en vigueur. Ici, l'interdépendance dans laquelle sont placés les acteurs du soin, constitue une ressource de négociation forte. Elle concourt à l'échange social qui lui-même crée les règles de l'échange. Là encore, il s'agit bien d'un apprentissage en commun d'une capacité autonome de régulation où les règles deviennent légitimes parce que considérées comme telles par les acteurs qui les ont co-construites au décours de leurs interactions. De la même façon, et comme nous l'ont dits certains de nos interlocuteurs, la conclusion d'une régulation conjointe autour des rôles n'aboutit pas nécessairement à un équilibre ou un consensus mais bien à un *accord acceptable* pour chacun, qui pose les prémisses d'un dialogue social renoué entre les groupes socioprofessionnels.

« Il ne s'agissait pas d'un travail de consensus pour définir les rôles de chacun là... parce qu'il n'y aurait jamais pu y avoir de consensus. Juste ça, ça a mis en évidence qu'on pouvait partager des rôles et que c'était à nous de négocier ça. » (P)

VII.4.2.2.3 – Communautés de pratique et pouvoir

Parce que la régulation c'est aussi une logique de pouvoir, nous ne pouvons conclure cette partie d'analyse sur la régulation sociale, au cœur de la pratique des communautés, sans aborder la question du pouvoir à l'aune de la position occupée par chacun des membres et resituée dans le contexte de sa participation et de son engagement au sein des CoPs. Les observations que nous avons menées au sein des groupes, lors de leurs rencontres mais aussi à la périphérie, lorsque chacun reprenait sa place dans les équipes opérationnelles, nous ont permis de différencier deux acteurs. L'un qualifié d'*acteur collectif* que nous identifions être l'entité CoP et qui selon nous, détient le pouvoir de modifier les routines organisationnelles en place, en contexte de changement. L'autre, qualifié d'*acteur individuel* à l'aune du pouvoir d'autorité que chacun détient à l'intérieur du groupe et qui, nous le verrons, n'est pas nécessairement lié à la position hiérarchique occupée.

Dans le premier cas de figure, celui d'un *acteur collectif*, les deux CoPs ont développé une visibilité qui dépasse leurs propres frontières et celles des unités de

soins auxquelles elles appartiennent. Elles sont identifiées par de nombreux acteurs institutionnels qui reconnaissent leurs compétences et leurs expertises. Leur réactivité et leur implication dans le domaine de l'amélioration des pratiques sont largement soulignées, et ont produit comme nous l'avons vu, des résultats tangibles en contexte de changement. La CoP de gériatrie a développé un programme d'amélioration du fonctionnement interdisciplinaire qui s'est diffusé à la grandeur de l'unité et qui a stabilisé les rapports de travail des équipes recomposées dans le contexte de la fusion. Quant à la CoP Mère-Enfant, elle apparaît comme un centre de compétences reconnu en matière d'amélioration continue des pratiques, et tant l'harmonisation des procédures de travail que le modèle de soins intégrés mère-enfant qu'elle a développé dans le cadre du regroupement d'activités, montrent son engagement dans le domaine du changement à conduire.

Pour l'une ou l'autre des communautés, les ressources qu'elles ont développées et qui répondent au contexte situé des pratiques de soins, apparaissent légitimes auprès des équipes et sont désormais intégrées dans des référentiels communs. Ainsi, à l'instar de Giddens (1987), nous conviendrons que les CoPs détiennent des ressources d'allocation qu'elles mobilisent en contexte de changement. Ici, le pouvoir n'est pas l'apanage d'espaces structurels d'autorité formelle mis à jour dans les pratiques managériales, il émane des structures informelles et flexibles que sont les CoPs et leur a donné – nous l'avons vu – la légitimité suffisante pour mobiliser l'attention des équipes et influencer le changement des pratiques.

Par ailleurs, l'analyse, issue des observations menées sur le terrain et des discours de membres clés rencontrés, nous montre que c'est bien un *leadership collectif* qui s'exprime au cœur de la pratique des CoPs et non pas l'autorité d'un seul leader qui déciderait pour l'ensemble. Le dispositif mis en place dans l'un et l'autre des groupes, reconnaît à chacun un pouvoir d'autonomie important en regard des compétences spécifiques qu'il détient sur le domaine de pratique et qui constitue autant de ressources tangibles pour la production des communautés. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, ces ressources sont encadrées par des règles de fonctionnement définies conjointement par les membres pour structurer leurs

échanges et permettre la production des connaissances utiles à leur pratique. Entre autres, il s'agit de définir ensemble, la fréquence des rencontres ; les objectifs à atteindre ; les connaissances ou expertises à aller chercher en dehors du groupe; la distribution des responsabilités à l'intérieur des collectifs etc.

« Alors, on s'est fait des règles, on s'est fait un programme, on a écrit la mission et les objectifs qu'on voulait atteindre. Ça a été beaucoup de discussions entre nous... surtout sur les tâches, pour s'entendre sur c'est quoi les zones grises, là où on empiète sur l'autre et puis où c'est correct comme ça aussi. » (I)

« À chaque début d'année, on établit des objectifs [...] Pis on met à côté qui va être responsable de tel objectif? Alors... donc ces gens-là qui sont responsables vont chercher au sein du département les personnes qui vont les aider...qui ont les compétences pour ça... » (P)

Dans le second cas de figure – le pouvoir sous l'angle d'un acteur individuel – l'analyse nous amène à mettre en tension deux rôles distincts. Le premier – comme nous l'avons dit précédemment - renvoie à la participation active des membres des CoPs à l'aune d'un rôle d'expert que chacun d'entre eux détient individuellement. Ici, les compétences dont chacun dispose et qui s'expriment lors des échanges ou se voient dans les productions qu'ils réalisent, octroient à chacun, un pouvoir d'influence fort en matière de décisions ou de responsabilités sur les sujets qui le concernent directement. Ici, cette *autorité de compétence* autour de savoirs spécifiques, construite au fil du temps dans le cadre de la participation aux activités de la CoP, n'est pas contestée.

Le second rôle, lié au statut hiérarchique détenu, ne donne pas – comme on pourrait le penser - préséance à une logique de domination associée à une autorité hiérarchique qui imposerait *ipso facto* sa vision des actions à conduire au cœur des communautés. Ceci nous amène à voir que dans les deux CoPs à l'étude, d'une part, le rôle de *leader clinique* trouve légitimement à s'exprimer en fonction du modèle d'organisation des soins en vigueur, et d'autre part, comme nous l'avons observé à maintes reprises, ce rôle exercé de leader, s'apparente bien plus à celui d'un « animateur » qui vient accompagner le processus de réflexion et de prise de décision dans le cadre d'un but commun à atteindre, qu'à celui d'un décideur dans une position hiérarchique et donc d'autorité revendiquée.

En ce qui concerne le premier point, concernant la légitimité du rôle de leader, le regroupement des unités de courte durée gériatrique (UCDG) de l'hôpital A et C en une seule entité, renforce le modèle d'expertise médicale gériatrique soutenu par un ensemble de pratiques de collaboration associées, d'abord conçues en multidisciplinarité puis en interdisciplinarité au vu de la production de la CoP. Partant, le rôle de leader clinique revient spontanément à un gériatre dont la position n'est nullement contestée par les autres membres du groupe. Il s'agit d'un mentor, d'« un personnage » diront certains. Premier gériatre du Québec, sa notoriété comme chercheur universitaire impose le respect.

De la même façon, le modèle de soins intégrés mère/enfant qui souhaite redonner une place centrale à la famille, en réduisant la fragmentation des tâches dans le but de favoriser l'intimité de la famille et le congé précoce de la mère et de l'enfant, redistribue les cartes de l'intervention clinique. Au cœur du dispositif, l'infirmière occupe une fonction « pivot », endossant tout à la fois un rôle de support, d'enseignement et d'assistance à la famille ainsi qu'un rôle de liaison avec les autres membres de l'équipe. Partant, le leadership clinique qui s'exprime au sein de la CoP de périnatalité fait une large place aux infirmières. Ainsi, ce sont d'abord l'adjointe à la clientèle mère/enfant à l'origine du développement de la CoP initiale - personnage également haut en couleur qui force le respect par son engagement au service de l'amélioration continue des pratiques en périnatalité - puis l'infirmière clinicienne, garante de l'expertise et de l'autonomie infirmière, qui animeront les séances de travail et d'échanges de la communauté de pratique.

En ce qui concerne le second point concernant l'autorité d'un leader, dans l'un et l'autre des cas, l'idée d'une domination, associée à un pouvoir d'autorité qu'il soit médical ou administratif au cœur des activités de production des CoPs et qui imposerait sa propre vision ou celle de l'organisation, nous semble devoir être écartée au profit d'une autorité reconnue sous l'angle des ressources détenues, celles liées à l'expertise de chacun mis au service des connaissances des CoPs, et celles liées aux capacités des leaders à être les porte-paroles d'un processus où chacun des membres joue un rôle actif à l'intérieur des CoPs.

« Bon on est médecin, c'est sûr donc en fonction des situations qu'on aborde, c'est notre rôle là, comme responsable qui est mis en avant... mais chacun a des compétences et la solution ou la proposition qui va être retenue, elle peut venir d'une professionnelle ou d'une infirmière, Oui, c'est plus la compétence de chacun dans un domaine particulier qui fait...disons autorité. » (M)

« Quand j'ai mis ça en place, j'ai dit – Bon d'abord, on va faire des objectifs communs tout le monde ensemble médecins, travailleuse sociale, psychologue... On va dire – Cette année, notre objectif... pour la clientèle, on vise quoi. Là on partait.. pis on décidait ensemble des responsabilités de chacune....des rôles de chacun dans les objectifs d'amélioration à apporter. » (I)

Par ailleurs, si nous convenons, comme dit précédemment que les CoPs sont perméables au contexte institutionnel et à ses commandes, nous pouvons à l'inverse considérer que leurs actions ont également un impact sur l'organisation, et plus particulièrement sur les unités opérationnelles dont elles font partie. Partant, chaque membre, à l'aune de la légitimité qu'il détient en regard de son expertise ou/et de l'autorité que lui octroie son statut devient alors une courroie de transmission pour le reste de l'équipe.

Nous l'avons vu à de nombreuses reprises et quelle que soit la situation des cas étudiés, l'action des communautés nourrit et se nourrit des contextes situés, c'est-à-dire que les CoPs puisent leurs connaissances et expertises au cœur même du domaine de pratique auquel elles appartiennent tout en apportant par ailleurs, une réponse locale aux problématiques rencontrées par les équipes sur le terrain.

Cette multi appartenance – comme membre actif de la CoP dans laquelle chacun partage, échange et contribue au processus de capitalisation de connaissances; et comme membre de l'organisation à l'aune de la position d'autorité occupée, conférée par le statut et/ou le titre – facilite le travail de *courtage*³⁸ aux frontières des CoPs.

En ce sens, les réalisations concrètes (documents de capitalisation de connaissances) et les activités de courtage (rencontrer les équipes; participer à des groupes de travail) des membres des deux CoPs, contribuent collectivement et pas à pas, au projet de

³⁸ - Le courtage traduit du terme *brokering*, est utilisé par Wenger (1998) pour désigner l'utilisation d'une multi-appartenance pour transférer les éléments d'une pratique à une autre. Selon l'auteur, le travail de courtage met en jeu un processus de traduction, de coordination et d'alignement de perspectives.

changement organisationnel dans une simultanéité d'échanges avec les équipes de soins. Autrement dit, l'analyse de la dynamique fonctionnelle des CoPs, montre que les interactions à l'interne lors des rencontres des membres, et à l'externe, à l'interface avec les équipes opérationnelles, favorisent par leur occurrence et leur maintien dans le temps, l'apprentissage du changement. Si le poids des régulations de contrôle dans ce type d'organisation complexe, pousse à la standardisation des normes et des pratiques de travail, ce sont bien l'engagement et la participation des membres des CoPs, mobilisés dans le contexte des pratiques à harmoniser, qui créent des interfaces transversales de régulation autonome pour conduire le changement. Ici, comme nous l'avons dit précédemment, les structures formelles et les lignes hiérarchiques visibles à la périphérie des CoPs ne nous semblent pas constituer un frein aux initiatives locales qu'elles développent.

Dans l'un et l'autre des cas étudiés, les CoPs ont découvert et partagé de nouvelles connaissances, de nouvelles façons de travailler ensemble et porté ces micro-innovations à leur périphérie, au cœur de la production des soins et des équipes fonctionnelles de travail. Ces innovations qui se transmettent via les régulations intergroupes autonomes, transforment les pratiques locales. Il y a dès lors, un apprentissage au changement. Toutefois, comme nous l'avons déjà dit, les régulations intergroupes autonomes ne dérogent aux règles qui structurent l'organisation, plutôt elles les (re)travaillent de l'intérieur voire les complètent pour arriver à un compromis, un accord acceptable, leur permettant de coordonner leurs actions.

En conclusion de cette partie, il nous semble pertinent de considérer les noyaux de compétences que sont les CoPs comme des espaces autonomes de « libre échange », autorisant la vision d'un dedans/dehors où chaque membre détient une position spécifique selon qu'il est à l'intérieur (expert participant) de la CoP ou à sa périphérie dans le rôle institutionnel (statut hiérarchique) qu'il remplit.

L'analyse inter-cas que nous avons développée dans ce chapitre nous permet de compléter le modèle conceptuel initial que nous présentions dans le contexte de cette

étude. A notre sens, cette révision qui enrichie la réflexion sur la structuration des CoPs, nous semble pertinente pour aborder la discussion qui va suivre.

En amont de cette discussion, nous souhaitons apporter quelques précisions sur les éléments dynamiques qui structurent le modèle conceptuel révisé, dont l'illustration est placée en figure 6.

VII.5 – Modèle conceptuel révisé

VII.5.1 – Connaissances et savoirs faire

La dynamique des *connaissances* est essentielle à l'existence d'une CoP, mais elle n'en garantit pas toutefois, l'émergence spontanée. Une des conditions de son effectivité relève selon nous, de l'existence d'une représentation partagée du *domaine d'action*, forgée par une identification au métier forte où se conjugue, *communautés de valeurs* et *savoirs faire de métier*. Ce sont ces premiers éléments qui constituent la phase d'émergence des CoPs et le premier bloc du modèle proposé.

VII.5.2 – L'apprentissage

La dynamique que nous proposons nous invite à appréhender la notion d'apprentissage comme une trajectoire aux multiples facettes. Inscrite dans la durée, cette trajectoire montre le maintien d'un *engagement mutuel* qui permet aux CoPs de poursuivre une *entreprise commune* et donc de partager un répertoire qui combine des éléments de *participation* et de *réification*. Toutefois, la logique d'apprentissage que nous soutenons, ne se résume pas aux connaissances et savoirs faire coproduits et qui constituent une des caractéristiques de la pratique des CoPs. L'engagement et la participation des membres impliquent nécessairement un travail d'ajustement à faire, une négociation du sens à donner à cette entreprise commune. Dans ce contexte, l'apprentissage vu comme un processus cognitif se révèle. Il met en scène une dualité de régulation (autonome et de contrôle) où la construction du sens à donner à la participation sociale dans laquelle les membres sont conjointement engagés se

structure à l'aune d'un contexte organisationnel déjà structuré et organisé. L'ensemble du dispositif tend à la recherche d'un équilibre constant et intègre des phases de continuité et de discontinuité. C'est ce qui explique selon nous, la transformation toujours possible d'une CoP. Sur le continuum d'une trajectoire d'apprentissages, elle s'auto-organise et produit des connaissances utiles à sa pratique qui traversent ses frontières et s'institutionnalisent au contact de l'organisation et de ses règles formelles. De la même façon, les contraintes institutionnelles peuvent venir influencer les pratiques auto-organisées des CoPs (i.e. groupes de travail dans le cadre de l'agrément) et transformer ces formes de participation autonomes en dispositifs institutionnels. Le modèle proposé, intègre cette conception en considérant la régulation sociale comme un principe organisateur de la CoP. L'ensemble de cette trajectoire d'apprentissages procède selon nous, d'un véritable travail d'organisation situé qui se poursuit dans le temps.

VII.5.3 – Le changement

La trajectoire d'apprentissages dans son ensemble aboutit à une *construction sociale et située de nouvelles façons de faire et règles* pour travailler ensemble. Dans la perspective du modèle que nous présentons, le changement s'inscrit dans une continuité et prend appui sur des leviers puissants :

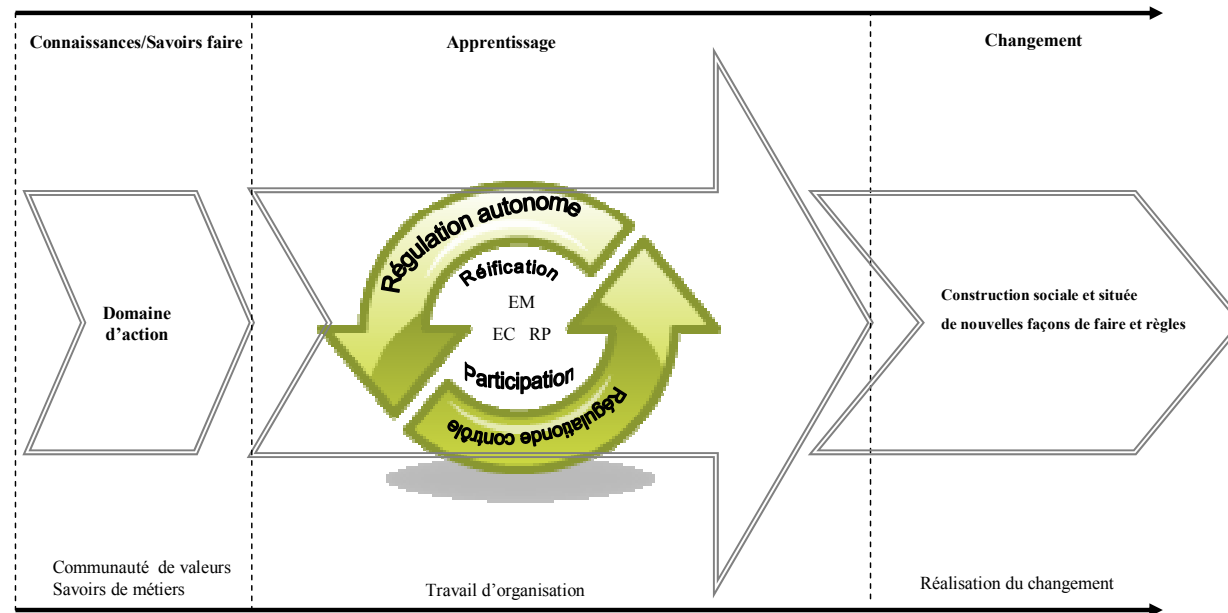
- un leadership collectif qui donne aux CoPs une visibilité et une légitimité pour modifier les routines organisationnelles en place;
- des leaders cliniques qui possèdent un double statut : celui d'expert en ce qui a trait aux compétences qui leur sont reconnues dans le cadre de leur participation et leur engagement dans la CoP et, celui en lien avec la position qu'ils occupent en dehors de celle-ci, au décours de leurs activités quotidiennes. Cette perspective locale (CoPs) vs globale (institutionnelle) révèle une dualité intéressante. Au cœur de la dynamique des CoPs, le dispositif mis en place est non hiérarchique et ce sont les compétences que chacun détient, mis au service des connaissances des communautés qui font autorité dans la prise de décisions. A la périphérie des CoPs, chacun à l'aune

de la position d'autorité qu'il détient, sert de courroie de transmission pour accompagner le processus de traduction, de coordination et d'alignement de perspectives du changement.

Enfin, la nature processuelle de la démarche, nous invite à concevoir le modèle dans une perspective dynamique. Ainsi, la construction sociale et située de nouvelles façons de faire peut instruire un nouveau domaine d'intérêt et d'actions qui coopte de nouveaux membres au sein des CoPs et implique une nouvelle trajectoire d'apprentissages, de connaissances et de règles à développer, aboutissant à la réalisation de nouveaux changements, etc...

Figure 6 : Modèle révisé du processus dynamique de (re)construction de CoP en contexte de changement

EM : engagement mutuel
 EC : entreprise commune
 RP : répertoire partagé



Chapitre VIII : Discussion générale et conclusion

Dans ce dernier chapitre, nous souhaitons revenir sur les contributions essentielles de ce travail de thèse. Dans un premier temps, nous discuterons des apports théoriques propres à améliorer notre compréhension sur le phénomène des communautés de pratique. En second lieu, nous aborderons en quoi, les communautés de pratique par essence, situées dans le contexte de l'action, permettent d'appréhender le changement sous un angle nouveau. Enfin, les limites inhérentes à cette recherche doctorale seront exposées. Nous concluons ce chapitre par quelques pistes de réflexion sur les perspectives de recherche à développer en lien avec le phénomène des communautés de pratique.

D'emblée, introduire la question de la (re)construction d'une CoP dans le cadre de la fusion d'hôpitaux universitaires, revient en quelque sorte, à poser comme principe sa préexistence au contexte du changement engagé. Nous souhaitons aborder ce présupposé comme point de départ de notre discussion afin de lever toute ambiguïté, et notamment celle qui consisterait à penser que nous introduisons ici, une confusion entre *communauté de pratique* et *équipe fonctionnelle de travail*. Il n'est très certainement pas dans notre propos de considérer les CoPs comme un nouveau principe de découpage organisationnel qui viendrait se substituer aux logiques structurelles existantes, et que nous aurions étudiées dans le cadre de la fusion hospitalière.

Plutôt, notre cheminement initial a consisté à suivre le cadre d'analyse des communautés de pratique développé par Wenger (1998) en considérant, à l'instar de l'auteur, que l'engagement dans une pratique sociale constitue la dynamique fondamentale par laquelle tout être humain apprend et évolue. Dans cette perspective, le processus de (re)construction, tel que nous l'entendons, ne pose pas *ipso facto* l'exigence de l'antériorité d'une communauté de pratique, mais bien celui du point de départ d'un nouveau sens à donner à une entreprise commune dans laquelle des acteurs opérationnels choisissent de s'engager, et qui implique une nouvelle trajectoire d'apprentissages pour eux. Ici, la (re)construction en situation de

changement, revêt tout à la fois des dimensions sociales et cognitives et prend naissance dans le contexte situé de l'action.

VIII.1 – La dynamique de construction des CoPs

L'étude de la littérature scientifique sur le thème des communautés de pratique (CoPs), bien que conséquente au plan théorique, apporte peu d'évidences empiriques sur les processus d'émergence, de développement et de maintien dans le temps de ces formes de participation spécifiques où la question de l'apprentissage situé se révèle centrale (Brown & Duguid, 2001; Brown & Eisenhardt, 1997). Ces dernières années, les articles en gestion se sont multipliés pour souligner l'intérêt des CoPs, considérées comme des ressources tangibles pour le développement de la connaissance organisationnelle, et dans le même temps, pour critiquer le manque d'opérationnalisation de cette conception (Josserand, 2004b; Vaast, 2001, 2002). Au cœur des débats, ce qui permet de différencier une CoP d'autres formes de participation organisationnelles, les conditions d'émergence et de développement dans le temps des CoPs, leur capacité à survivre au sein d'organisations bureaucratiques et/ou hiérarchiques, demeurent des questions récurrentes qui incitent au développement de nouvelles connaissances sur le phénomène des communautés de pratique.

A partir du travail empirique réalisé dans le cadre de cette thèse, nous souhaitons apporter une contribution originale au phénomène des communautés de pratique, en revisitant certaines des notions développées par les théoriciens des CoPs (Brown & Duguid, 1991; Wenger, 1998; Wenger, McDermott, & Snyder, 2002).

VIII.1.1 – Les caractéristiques d'une CoP

Les caractéristiques opérationnelles qui permettent d'identifier empiriquement une CoP, soit : une entreprise commune (le domaine de connaissance), un engagement mutuel (la communauté des participants) et un répertoire partagé (les outils, les méthodes, les règles, développés dans le cadre de la pratique) ne font pas débat ici. En effet, la démarche processuelle de recherche que nous avons adoptée dans cette

étude, nous a permis de retracer la dynamique d'ensemble de ces éléments structuraux. Ainsi, nous avons pu démontrer que le domaine de connaissances qui vient en quelque sorte, délimiter les points de convergence des participants, instruit la pratique de la communauté au décours des savoirs et connaissances spécifiques qui s'échangent et se développent dans le temps. Cette pratique partagée, donc éminemment sociale, génère des connaissances (savoirs tacites et explicites) et des règles négociées, entretenues par les membres dans le cadre de leurs rencontres.

Les artéfacts produits sont ainsi le résultat de la pratique sociale d'apprentissage et de régulation des CoPs et dans le même temps, un répertoire de ressources pour leurs apprentissages futurs. Pour compléter cet effort de conceptualisation, nous avons confronté notre matériau empirique à d'autres formes de collaboration organisationnelles et montré qu'elles ne correspondaient pas à des équipes fonctionnelles de travail, ou à des équipes projets qui coexistaient cependant à leurs frontières. Ces différents éléments nous ont donc permis de valider empiriquement l'existence de ces communautés selon les approches théoriques existantes (Lesser & Storck, 2001; Saint-Onge & Wallace, 2002; Wenger & *al.*, 2002; Wenger & Snyder, 2000).

Toutefois, contrairement à la thèse défendue par le concepteur du modèle de CoP dans son ouvrage de référence (Wenger, 1998), nos données empiriques ne nous ont pas permis de conclure à l'émergence spontanée des communautés étudiées – ni à leur mort quasi naturelle non plus d'ailleurs. Plutôt comme nous l'avons vu, l'une et l'autre prennent naissance à la suite de groupes de travail institutionnalisés, soit dans le cadre de la démarche d'agrément qualité, soit dans celui d'un comité interprofessionnel mis en place dans le contexte de la décision de fusion hospitalière. Ce constat nous conduit à revenir sur l'évolution de la conception théorique de CoP qui s'est poursuivie à travers le temps.

Au cœur de la conception théorique initiale, la référence à l'apprentissage constituait un axe central et recouvrait deux caractéristiques essentielles, celle des connaissances disponibles à mobiliser dans le cadre de l'action, et celle des connaissances nouvelles, émergent des pratiques locales de la communauté. Cette théorie à visée descriptive et

compréhensive des communautés de pratique, portée essentiellement par Lave et Wenger (1991) et Brown et Duguid (1998) venait en quelque sorte déconstruire l'image d'un apprentissage, considéré comme le résultat d'un simple transfert d'informations ou de connaissances explicites pour lui préférer celle d'un apprentissage en pratique dans ses dimensions sociales et culturelles. Cette vision renouvelée de l'apprentissage qui venait en contrepoint de l'approche *Knowledge Management*, s'opposait également à l'idée d'un apprentissage formel et organisé, les CoPs s'instruisant dans un contexte de relations informelles (Lefebvre, Roos, & Sardas, 2007).

Progressivement pourtant, les concepteurs du modèle original, poussés par l'engouement suscité par ces formes de participation auprès des managers et consultants en gestion, ont réintroduit une démarche *Knowledge Management* dans l'organisation et la conception d'une CoP (Wenger, 2004). Dans leur ouvrage récent : *Cultivating Communities of Practice : A guide to managing knowledge*, Wenger et ses collaborateurs (2002), proposent des modes d'organisation d'une CoP, qui devient alors une forme de participation délibérée et stratégique (Saint-Onge & Wallace, 2002), guidée par des coordinateurs ou des animateurs experts et externes à la communauté pour atteindre les objectifs de l'organisation³⁹. A l'instar de Lefebvre & al., nous conviendrons de l'évolution de la notion théorique de CoP qui est passée en moins de dix ans, d'une perspective analytique à visée descriptive à une théorie prescriptive où les modalités d'animation les plus efficaces au regard de l'apprentissage, sont recherchées (Lefebvre, Roos & Sardas, 2007, p. 514).

Entre ces deux extrêmes, nos données empiriques nous amènent à explorer une troisième voie, celle où l'autonomie d'une CoP, vue comme un noyau de compétences et d'expertises basé sur le « libre échange », et le contrôle stratégique organisationnel, constituent une dualité structurelle. Dans ce contexte, les conditions d'émergence d'une CoP autonome, la participation et l'engagement de ses membres dans le temps, relèvent d'une dynamique d'ajustement entre l'exercice d'une

³⁹ - Nous faisons référence ici aux travaux menés par l'équipe CEFRIO des HEC Montréal qui s'intéresse aux problématiques liées à la gestion du savoir, et qui aide les organisations à mettre sur pied des communautés de pratique pour améliorer leurs performances.

régulation de contrôle qui vient – par les statuts et procédures de travail – encadrer les conditions de la pratique et une régulation autonome qui va utiliser les marges de manœuvre consenties par l'organisation pour développer de nouvelles formes de connaissance et de gestion du changement. Deux exemples peuvent être mis en lumière ici pour étayer ce point de discussion.

Premièrement, nous avons constaté pour l'un et l'autre des cas étudiés, qu'un travail préalable de formalisation des connaissances constituait un pré-requis indispensable à la structuration du groupe. Or, cette approche volontairement *Knowledge Management (KM)* montre que l'utilisation de connaissances tacites ne constitue pas la seule voie empruntée par les CoPs. Ici, la vision d'une organisation fondée sur la connaissance et qui reconnaît un rôle central à l'expertise professionnelle, est manifeste.

Deuxièmement, l'approche située et processuelle utilisée dans le cadre de cette étude, montre que le travail d'organisation et d'animation d'une CoP peut tout à fait échapper à une démarche prescriptive et se poursuivre dans le temps. Ici, la dynamique qui s'instaure relève de compétences individuelles, celles de leaders au cœur de leur pratique de métier, et non pas d'experts externes qui viendraient guider les CoPs dans leur entreprise. De la même façon, ce sont les membres des CoPs qui servent de courroie de transmission auprès des équipes terrain, intégrant ce travail de transfert de connaissances dans le cadre de leurs activités quotidiennes.

Cette nouvelle perspective nous semble intéressante pour l'avancement des connaissances sur le phénomène de construction des communautés de pratique. En effet, en gardant à l'esprit la dimension d'autonomie de la communauté, elle lui reconnaît néanmoins une **perméabilité** au contexte organisationnel et à ses objectifs stratégiques. Au-delà, elle montre les **capacités d'une communauté de pratique à articuler une démarche souple et créatrice avec une deuxième plus formelle, de type *Knowledge Management (KM)* pour formaliser les catégories de connaissances utiles à sa pratique**. Nos propos trouvent écho dans les travaux récents de Lefebvre & al. (2007) qui démontrent qu'une approche intégrée, c'est-à-

dire suscitée et pas seulement spontanée; formalisée et pas seulement informelle, est possible pour conduire au développement d'une CoP.

Enfin, la perspective que nous avançons, renforce la conception de l'approche située ou plutôt des pratiques sociales situationnelles telles que défendues par Lave (1991) qui consiste : « *à considérer l'acquisition des savoirs, la pensée et la connaissance comme des relations entre des individus dans une activité dans et avec un monde socialement et culturellement structuré*⁴⁰. Ce monde étant lui-même socialement constitué » (Lave, 1991, p. 148).

VIII.1.2 – La dynamique d'évolution d'une CoP

Peu de données empiriques sont disponibles sur le processus de développement d'une CoP, et notamment sur les différentes phases de son évolution, récemment mises à jour par McDermott (2000) & Wenger et al. (2002). Parmi ces études récentes, celle de Gongla & Rizutto (2001) auprès de soixante communautés de pratique chez IBM Global Services, apporte une analyse nuancée sur les caractéristiques de développement d'une CoP. Leurs observations menées sur cinq ans, révèlent que les cinq phases d'évolution décrites par les concepteurs du modèle de cycle de vie, n'apparaissent pas si linéaires et programmées que le modèle semble le défendre : « *Communities may stay at certain stages and not evolve to another level; communities may move "backward and forward" between the stages; (...) communities may "rest" for extended periods at one stage and suddenly evolve quickly to another stage* » (Gongla & Rizutto, 2001, p. 846). Selon ces auteurs, les contingences internes et externes à la communauté ont nécessairement une influence sur ses capacités de développement et d'évolution dans le temps. Dès lors, sans rejeter l'idée de « phases de développement », ils concluent que la dynamique de construction d'une CoP, reste un processus complexe qui ne peut se réduire à une modélisation idéale.

Dans notre propre travail empirique, basé sur une démarche processuelle, nous avons exploré cette voie, en choisissant d'utiliser le cadre d'analyse de la dualité

⁴⁰ - Souligné par l'auteur

participation/réification – dont Wenger nous dit qu'elle constitue une des clés essentielles de compréhension du développement d'une communauté – pour réinterroger la dynamique du cycle de vie d'une CoP. Dans cette perspective nous avons montré que la participation – soit l'engagement des membres dans le contexte situé de leur pratique qui appelle à un effort permanent de négociation du sens à donner à l'entreprise commune – et la réification qui vient donner forme à cette négociation de sens, se dynamisent mutuellement dans une tension/complémentarité permanente.

Sous cet angle, chaque phase de développement correspond à un point d'équilibre entre ces deux forces où les activités mutualisées – à l'intérieur desquelles les membres explorent de nouveaux apprentissages et régulent leurs actions – et les connaissances, les outils, les nouvelles règles de collaboration, produits simultanément, structurent pas à pas le développement des communautés. Comme nous l'avons montré, l'équilibre de la dialectique participation/réification se structure à l'aune d'un contexte organisationnel déjà structuré et organisé. Partant, la CoP s'auto-organise et produit des connaissances utiles à sa pratique qui traversent ses propres frontières et s'institutionnalisent au contact de l'organisation et de ses règles. De la même façon, les contraintes institutionnelles peuvent venir influencer les pratiques auto-organisées des CoPs et entraîner leur transformation.

Nos résultats montrent également que la phase de transformation ne signifie pas nécessairement la mort quasi-naturelle d'une CoP comme évoqué par Wenger (1998). Plutôt, nous assistons dans le cas de la CoP de gériatrie, à son actualisation, éminemment plus stratégique où elle adopte tantôt la forme d'une dialectique participation/réification aux contours plus institutionnels en phase avec les commandes organisationnelles, tantôt en se déployant de façon réticulaire dans des groupes de travail au sein des équipes de production comme nous l'avons observé tant dans la CoP de gériatrie que dans celle de périnatalité.

En résumé, l'utilisation de la dialectique participation/réification dans une perspective processuelle, nous semble fondamentale pour comprendre la dynamique de développement d'une CoP, de son émergence à son organisation dans une trajectoire

d'apprentissages et de régulations. A notre sens, elle constitue un point d'attention obligé pour comprendre les continuités et discontinuités des CoPs dans un espace temps. Nos propos peuvent être appuyés par les résultats de l'étude monographique réalisée récemment par Dameron & *al.* (2007) auprès d'un réseau de chirurgiens dentistes français qui aspire à développer une CoP virtuelle. Ils abordent la perspective théorique des réseaux sociaux (Scott, 2000) en utilisant le processus dialectique de participation/réification introduit par Wenger (1998). Dans leurs conclusions, ils montrent que chaque phase de développement identifiée marque un équilibre spécifique entre participation et réification. Cet équilibre – teinté de l'histoire de la communauté et des facteurs contextuels internes et externes – permet selon ces auteurs, la construction du capital social de la communauté virtuelle.

VIII.1.3 – La régulation : un principe pour l'échange social des communautés

Nous avons choisi d'aborder l'échange social au cœur de la dynamique d'apprentissage des communautés de pratique sous l'angle de la régulation sociale (Reynaud, 1989, 1997). Ce parti-pris théorique qui défend une rationalité de l'échange plutôt qu'une rationalité stratégique au service des relations professionnelles, mérite discussion.

Traditionnellement, le phénomène organisationnel a été étudié sous l'angle de l'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg (1977; Friedberg, 1993), mettant en évidence la nature des relations de pouvoir qui structurent l'organisation. Ce paradigme quasi incontournable de l'étude politique des organisations, qui vise la compréhension des relations qui se nouent entre acteurs placés en contexte d'interdépendance, a donné lieu à plusieurs études dans le champ de la santé (Gonnet, 1994; Moisdon, 1994; Sainsaulieu, 1994) et de l'analyse de l'implantation du changement (Brousselle, 1994; Denis & Champagne, 1990).

La portée heuristique du modèle d'analyse stratégique est incontestable, et a permis une lecture compréhensive d'une représentation pluraliste de l'organisation où l'ensemble des stratégies d'acteurs s'agrège pour constituer un système d'action

concret (Crozier & Friedberg, 1977). Toutefois, ce paradigme de l'analyse stratégique nous est apparu trouver ses limites pour expliquer la capacité d'action des individus en dehors des jeux de pouvoir qu'ils entretiennent.

En effet, la réalité systémique de la distribution inégale du pouvoir semble, selon ces auteurs, suffisante à expliquer tous les comportements des acteurs placés en contexte d'interdépendance. Or, nous l'avons vu dans nos résultats empiriques, ce n'est pas la dynamique des jeux de pouvoir inégaux qui se donne à voir dans la rencontre des membres des communautés étudiées.

Plutôt, la construction du sens à donner à l'action que représente le projet, met en jeu une dynamique de savoirs qui participent à la construction de l'action et à sa régulation. Elle met à l'avant-scène des représentations et des dispositions professionnelles inscrites dans le cadre plus large de l'organisation : de ses règles structurelles internes et externes et de ses enjeux stratégiques.

Enfin, elle réfute l'idée du seul calcul stratégique d'un acteur pour lui préférer celle d'un collectif dont les relations, les représentations, les régulations s'ordonnent par l'échange social. Ici, la rationalité de l'échange se substitue à la rationalité stratégique. Autrement dit, l'échange social des communautés de pratique donne lieu à un apprentissage mutuel où ce n'est pas la maximisation individuelle de l'utilité de la règle qui prévaut, mais bien celle de l'élaboration de règles acceptables et co-construites, qui permettent d'organiser le périmètre d'action et d'intervention de chaque professionnel, conjointement engagé dans la production des soins.

L'approche de l'action des CoPs par la régulation sociale montre également le poids de la légitimité qui vient se superposer aux jeux de pouvoir au sein des communautés étudiées. Ainsi, nous l'avons montré, l'expertise des membres qui s'exprime dans le cadre des échanges, octroie à chacun un pouvoir d'influence fort en matière de décisions ou de responsabilités sur le domaine de connaissance qu'il maîtrise. Ici, l'autorité de compétence se substitue à l'autorité hiérarchique et reconnaît en fonction du contexte situé de l'action, une légitimité à un leader clinique désigné. De la même façon, les CoPs sous l'angle d'un acteur collectif, détiennent des ressources d'allocation puissantes qui leur donnent une légitimité suffisante et l'initiative pour

mobiliser l'attention des équipes et influencer le changement des pratiques, chemin faisant. Ici, c'est bien le positionnement d'un collectif à partir de l'expertise qu'il développe, qui lui donne un pouvoir d'autorité sur les actions à mener.

Enfin, l'utilisation du modèle de la régulation sociale de Reynaud (1997), nous a permis de réinterroger la notion de régulation conjointe dont l'auteur nous dit : « *Si dans un sens très large de ce mot, on appelle régulation conjointe toute régulation qui est le résultat de la rencontre de plusieurs légitimités, toute régulation est une régulation conjointe.* » (Reynaud, 1997, p. 329). Nos propres résultats empiriques nous amènent à conclure, à l'instar de Lichtenberger (2003) que la rencontre entre régulation de contrôle et régulation autonome ne donne pas nécessairement lieu à une régulation conjointe. Ainsi, la lecture processuelle de la fusion d'unités de soins que nous avons retracée, montre une première période d'intégration planifiée où l'équilibre des relations sociales entre acteurs relève plutôt de la préservation d'acquis locaux et d'évitement du conflit sur la base de contreparties provisoires. La régulation conjointe nous semble ici minimale, voire inexistante et laisse s'exprimer les antagonismes dans des territoires séparés.

L'autre période, qui correspond au travail d'organisation des communautés de pratique, montre plutôt une dynamique dialectique contrôle/autonomie où le conflit devient le point de rencontre d'interactions sociales soutenues entre des acteurs engagés dans un principe de responsabilités communes à régler leurs différends. Ici, les antagonismes deviennent le point de rencontre d'objectifs communs et de nouvelles règles à définir où les acteurs placés en contexte d'interdépendances doivent trouver des compromis acceptables pour créer les conditions de leur démarche commune. Subséquemment, si nous convenons qu'il s'agit bien là d'une régulation sociale, celle-ci n'implique pas *ipso facto* un consensus abouti et harmonieux. Plutôt, elle apparaît comme un processus de « mise au point » permanent de rationalités différentes avec d'un côté, une interdépendance des individus qui les place en situation d'interactions permanentes, les contraignant à se confronter et à échanger, y compris sur leurs différences. De l'autre, cette interdépendance les oblige à trouver des règles communes pour régler leurs différends et s'engager dans l'échange social (De Terssac, 2003, p. 15).

La régulation sociale, n'introduit donc pas nécessairement un impératif de régulation conjointe. Plutôt, dans le contexte du changement étudié dans le cadre de notre étude, il met à jour un ensemble de régulations, tantôt concurrentes, tantôt en équilibre en regard du contexte dans lequel sont placés les acteurs.

VIII.2 – Les CoPs : quel apport pour le changement organisationnel ?

Nos résultats nous ont amené à différencier deux temps forts de changement organisationnel. Une première phase que nous qualifierons de changement radical et qui correspond à la fusion de deux services hospitaliers du CHU α et leur regroupement sur un seul site dans la perspective d'une fusion totale des trois établissements hospitaliers planifiée pour 2010. Les conséquences immédiates de ces deux micro-fusions que nous avons documentées, sont comparables à ce que l'on retrouve classiquement dans la littérature sur le sujet :

- une exacerbation des rivalités internes entraînant l'exode de compétences clés de l'organisation (Schraeder, 2001);
- une perte de repère et d'identification à l'entreprise avec le départ de nombreux professionnels qui entraîne la perte de connaissances et de savoir-faire (Cartwright & Cooper, 1993);
- une déstabilisation des modalités et des objets de la négociation collective (Mosse, Gervasoni, & Kerlau, 1999).

La seconde phase du changement que nous avons identifiée, relève d'un processus continu et situé. Elle met en scène le centre opérationnel des soins correspondant à ces deux disciplines reconfigurées, et rend compte d'un long travail de « recadrage » des pratiques de soins qui se met en place, à l'aune des meilleures connaissances disponibles. Comme nombre de chercheurs l'ont déjà démontré dans leurs propres travaux, les hôpitaux universitaires sont des structures complexes et pluralistes (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Denis, Langley, & Pineault, 2000) qui conjuguent une haute qualification multi

professionnelle avec une performance technologique à la fine pointe de la connaissance.

Ces organisations, qualifiées de bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982), s'appuient sur les compétences et les savoirs de leurs opérateurs professionnels pour fonctionner. Ainsi, au cœur des centres opérationnels, l'autonomie décisionnelle de chaque corps professionnel est grande en regard de la production des soins qui lui échoit (Lamothe, 1996, 2005). Notre analyse des deux cas de gériatrie et de périnatalité, appuie cette assertion et rend compte de la singularité de chaque prise en charge de patient où la multiplicité des interventions posées dans le cadre d'un épisode de soins, implique l'intervention d'une pluralité d'acteurs. Ici, comme nous avons pu l'observer lors de nos enquêtes de terrain, la rencontre de ces expertises professionnelles au service de la production des soins, montre une interdépendance forte entre les acteurs ainsi qu'une dynamique interprofessionnelle implicite.

Plusieurs éléments contribuent à cette interdépendance notamment, l'étendue du savoir nécessaire à l'activité ainsi que l'incertitude qui justifie un haut degré d'expertises pour asseoir une décision rapide et adaptée aux situations cliniques rencontrées (Moisdon, 2008, p. 176). Ce constat peut-être appuyé par les propos de Cowan et ses collaborateurs, qui dans le cadre de leurs propres travaux sur les communautés épistémiques en réseau, concluent que plus il y a de modalités variées de connaissances, d'aptitudes et de spécialités requises dans un domaine spécialisé pour résoudre un problème, plus l'interdépendance cognitive entre les membres s'accroît (Cowan, David, & Foray, 2000; Cowan, Jonard, & Zimmerman, 2002).

Dans ce contexte, le changement qui s'instruit à l'aune des regroupements de services, et qui nécessite, comme nous l'avons dit plus avant, un réalignement des pratiques et des savoirs faire mais aussi, des représentations et des routines préalablement intégrées, s'inscrit dans une démarche continue et située, au cœur des pratiques quotidiennes de travail. C'est précisément sous cet aspect continu et situé du changement que nous souhaitons orienter la discussion théorique qui va suivre en regard des résultats empiriques de notre étude.

VIII.2.1 – La centralité des acteurs

Tout d'abord, la perspective dynamique de l'émergence et du développement des communautés de pratique accorde une place centrale à l'action des individus et au contexte situé de leurs actions. Cette approche qui rejoint le point de vue de la construction sociale (Rouleau, 2007), considère l'organisation comme un espace social où les individus sont des acteurs sociaux compétents et réflexifs, capables de comprendre ce qu'ils font en même temps qu'ils le font (Giddens, 1987). Partant, la dynamique de (re)construction des communautés de pratique étudiée, permet d'appréhender le changement non plus sous l'angle d'une planification stratégique décidée au sommet de l'organisation, mais bien de l'intérieur, sous l'angle des compétences d'acteurs réflexifs qui participent à cette transformation au décours de leurs pratiques quotidiennes.

Par ailleurs, la construction sociale et située des communautés de pratique met à jour les caractéristiques temporelles et processuelles du phénomène organisationnel, dont nombre de chercheurs considèrent aujourd'hui, qu'elles sont incontournables pour comprendre les organisations (Barley, 1996; Bouchikhi, 1990; Demers, 1999; Rouleau, 2002, 2007).

Dans le cadre nos propres résultats, l'approche située du changement par opposition à l'approche planifiée, devient utile pour comprendre comment les acteurs conjointement engagés dans la production des soins, redéfinissent le cadre de leur collaboration au décours d'apprentissages successifs, qui eux-mêmes contribuent à transformer leurs représentations. Ces apprentissages, nous l'avons vu, reposent tout autant sur la manière d'élaborer ensemble les nouvelles conditions et règles de la collaboration, que sur les nouvelles connaissances et savoirs à acquérir – et qui vont avoir valeur d'arbitrage pour le choix des règles de fonctionnement à intégrer.

Comme nous l'avons précisé, il s'agit d'un véritable travail d'organisation au cours duquel, la pratique des communautés va progressivement se structurer – c'est-à-dire, définir de nouvelles règles de collaboration qui elles-mêmes, tirent leur légitimité du projet qu'elles envisagent – et donner lieu à la production de connaissances tangibles qui vont se disséminer au cœur des équipes de travail, transformer les pratiques

locales, et par là-même, initier le changement. Ici, nous reconnaissons à ces formes de participation locales, les caractéristiques de quasi-structure dont Boffo (2003) nous dit, s'appuyant sur les travaux de Jellinek et Schoonhoven (1993) sur les processus d'innovation du secteur informatique, qu'elles prennent place au sein de structures formelles bien articulées, dont elles viennent « lubrifier » le fonctionnement.

Nos propres résultats montrent bien, que les membres des CoPs occupent une double position, selon qu'ils participent à la production de la communauté dans un espace de « libre échange » ou qu'ils remplissent leur mandat en regard de la position institutionnelle qu'ils occupent. Cette position interstitielle constitue bien le lien entre l'informel et le formel, entre la tension créatrice qui émerge de la pratique des CoPs, et son articulation avec la réalité organisationnelle.

Ainsi, chacun à l'aune de la position d'autorité qu'il détient à la périphérie d'une communauté, sert de courroie de transmission pour accompagner le processus de traduction, de coordination et d'alignement de perspectives du changement. Cette conception du rôle des communautés de pratique au cœur des pratiques quotidiennes de travail fait également apparaître une multitude de sous-systèmes parfois très structurés et organisés (comités, formation à l'interne, groupe de travail) au sein desquels les membres clés des CoPs, détiennent un rôle d'animateur légitime. Ici, le changement situé s'instruit au sein d'un dispositif original où la dynamique d'animation d'une communauté et l'organisation des structures formelles organisationnelles sont articulées.

Enfin, nous ne saurions conclure sur les apports des CoPs au contexte du changement, sans en aborder quelques perspectives pour la gestion organisationnelle.

VIII.2.2 – Perspectives pour la gestion organisationnelle

Tout d'abord à l'instar de plusieurs auteurs (Chanal, 2000; Josserand, 2004a; Lefebvre & al., 2007), nous croyons nécessaire de réinterroger la place des communautés dans le champ plus large du design organisationnel. L'agencement souple des CoPs, combiné aux unités opérationnelles, tel que nous l'avons étudié, n'implique pas de *facto*, qu'il faille les considérer comme un nouveau modèle de

structuration organisationnelle. Plutôt, nous considérons les communautés de pratique comme un dispositif complémentaire aux formes de participation déjà existantes (i.e. équipes projets, comités ou groupes de pilotage), qui viendrait supporter des dynamiques locales par la création et la diffusion de nouvelles connaissances.

Ce constat nous amène à considérer que les communautés de pratique peuvent poursuivre des objectifs et des finalités variés au sein de l'organisation, en fonction du contexte qu'elles rencontrent dans leur pratique quotidienne. Il peut s'agir d'appuyer le développement d'un projet clinique spécifique, d'accompagner ou de produire une innovation, de développer de nouvelles connaissances dans le cadre de l'amélioration continue des connaissances et des pratiques.

Par ailleurs, il nous paraît tout à fait approprié de rappeler que le changement continu et situé, exploré sous l'angle des compétences et capacités des acteurs à l'initier, ne se dédouane pas d'épisodes de changement plus radicaux et planifiés. Nos propres données empiriques intègrent cette perspective, en situant l'action des CoPs en aval d'un processus de restructuration anticipé et planifié. A l'instar de Valette & Denis (2005, p. 274), nous considérerons qu'il ne s'agit pas là d'un élément contradictoire au processus de restructuration, mais bien plutôt d'une dualité radical/incrémental, où l'appropriation du changement par les acteurs de terrain donne lieu à des pratiques novatrices.

C'est dans cette même veine que s'inscrit le modèle « d'improvisation pour gérer le changement » développé par Orlikowski et Hofman (1997) à partir de l'implantation du système de suivi d'incidents chez Zeta. En repartant des résultats de cette étude initiale, ces chercheurs proposent d'appréhender le changement non plus en fonction d'un plan préétabli, mais plutôt en fonction d'un objectif vers lequel on tend au gré des événements et en intégrant ces événements. Partant, le modèle combine trois types de changement :

- 1) anticipés, sinon planifiés du moins prévus avec un temps d'avance;
- 2) d'opportunités, c'est-à-dire, introduits dans le processus de manière intentionnelle et réactive au décours d'un événement, d'une contrainte ou d'une opportunité;

- 3) émergents, c'est-à-dire spontanés en regard des deux précédents types, considérés comme délibérés.

Ce dernier type de changements, apparaît au décours des stratégies et jeux d'acteurs qui se développent tout au long de la phase d'appropriation du changement en cours.

Sous cet angle, le processus de changement s'inscrit dans une dialectique conjuguant des phases planifiées/anticipés et des phases de changements émergents/continus/situés.

L'ensemble des éléments développé précédemment, nous conduit à proposer quelques pistes d'action sur la gestion du changement, en tenant compte des capacités et compétences des acteurs du terrain à l'initier dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Pour l'essentiel, nous retiendrons que la voie prescriptive des CoPs, n'a d'utilité que si elle permet de conserver les caractéristiques singulières de ces formes de participation. Reconnaître leur existence et la valeur ajoutée qu'elles détiennent pour le développement organisationnel, constituent probablement une première étape.

Susciter leur développement et soutenir leur production, tout en les laissant vivre – c'est-à-dire organiser leur fonctionnement et leur modalité de participation – constituent un autre point d'attention. Nous l'avons vu, les CoPs étudiées émergent de formes de participation institutionnelles qui leur préexistaient. Nous pensons donc que le management participatif constitue probablement un contexte propice à l'émergence de ces communautés, tout comme les procédures de certification d'établissements qui poussent au développement et à la capitalisation des meilleures connaissances disponibles.

Enfin, l'aspect situé et continu des pratiques des communautés invite à deux considérations essentielles. D'une part, il s'agit d'identifier le rôle joué par les acteurs locaux, leaders légitimes au plus près des pratiques cliniques qui animent et stimulent le développement de ces formes de participation singulières. A l'interface des structures formelles et des configurations auto-organisées que sont les communautés de pratique, l'encadrement intermédiaire nous paraît jouer un rôle fondamental. En

effet, il est tout à la fois au cœur des réalités quotidiennes de la pratique clinique, et en charge d'accompagner les objectifs organisationnels. Ici son rôle à faciliter le processus de restructuration en intégrant ces micro-changements dans une perspective organisationnelle d'ensemble, nous paraît fondamental.

D'autre part, il s'agit de faciliter, la participation et la production des communautés. Nous l'avons vu, la construction sociale des CoPs qui donne à voir d'une complémentarité de rôle et d'expertises, s'inscrit dans une trajectoire d'apprentissages, longue et coûteuse en termes d'investissement personnel. Allouer du temps et fournir des ressources adéquates aux membres sont des éléments essentiels pour soutenir la pérennité du dispositif.

Par ailleurs, un mode de reconnaissance de leur production par l'organisation, doit être mis en place. Il peut s'agir d'une veille où peuvent être consignées et partagées, les meilleures connaissances développées par les CoPs ou encore la reconnaissance explicite par la direction générale, des innovations produites.

VIII.3 – Intérêts et limites de la recherche

L'approche du changement sous l'angle de l'apprentissage situé met en perspective deux éléments fondamentaux pour comprendre l'organisation. D'une part, elle s'intéresse aux faits sociaux, et notamment à l'action d'individus compétents et réflexifs. D'autre part, elle porte une attention particulière au contexte organisationnel, appréhendé dans ces dimensions sociales et historiques. Partant, l'objet de recherche est toujours singulier et expose une réalité circonstancielle qui en limite la portée. Pour paraphraser Rouleau, il nous faut garder à l'esprit que la véracité des énoncés est plurielle : « [...] ils sont vrais dans certaines circonstances et pour certains acteurs et chercheurs, et faux dans d'autres circonstances, pour d'autres acteurs et chercheurs » (Rouleau, 2007, p. 162).

Notre propos n'est donc pas de tendre vers la généralisation des résultats de la recherche, mais plutôt de défendre une approche « structurationniste » (Giddens, 1987) des pratiques sociales visant à étendre notre compréhension des processus organisationnels tels qu'ils se donnent à voir dans les pratiques quotidiennes. Partant,

la démarche de recherche est nécessairement inductive, replaçant la dynamique d'actions des individus dans une perspective temporelle et processuelle.

Ces précautions théoriques et méthodologiques posées, il demeure que la lecture du changement sous l'angle de l'action située, reste une voie prometteuse pour la recherche, tant dans ses aspects théoriques que pratiques. D'une part, elle permet d'appréhender le changement non plus sous ses seuls aspects stratégiques et en direction des équipes dirigeantes, mais aussi, comme nous l'avons vu dans le cadre de l'étude des CoPs, sous l'angle des capacités d'acteurs « ordinaires » à l'initier. D'autre part, elle montre que le changement demeure un processus complexe qui nécessite un temps d'appropriation, de construction de sens et d'apprentissages par les acteurs de terrain.

Ici, nous comprenons que les différences de culture organisationnelle et/ou la résistance au changement ne constituent pas les seules réponses pour expliquer les difficultés de mise en œuvre du changement planifié.

Enfin, cette perspective invite les dirigeants hospitaliers à concevoir le changement de façon globale et intégrée en stimulant l'auto-organisation et l'émergence de structures souples et flexibles (i.e. les CoPs) qui peuvent, à l'aune des micro-changements qu'elles initient, accompagner un changement qualifié de global.

VIII. 4 – Conclusion

Cette recherche nous a permis d'étudier la dynamique de construction de communautés de pratique, et de considérer les effets de leur pratique située sur l'intégration à la fusion.

Notamment, nos résultats montrent les capacités de ces communautés interprofessionnelles à appréhender le changement dans le contexte situé de leur pratique. La démarche processuelle utilisée dans cette étude nous a permis de mettre l'accent sur les aspects dynamiques de ces formes de participation sociale, dont le contexte d'émergence et les caractéristiques d'évolution dans le temps, procèdent d'apprentissages successifs et situés.

Ces apprentissages, nous l'avons vu, reposent tout autant sur la manière d'élaborer ensemble, les nouvelles conditions et règles de la collaboration, que sur les nouvelles connaissances et savoirs à acquérir – et qui vont avoir valeur d'arbitrage pour le choix des règles de fonctionnement à intégrer.

L'ensemble de ces éléments nous amène à souligner la richesse conceptuelle du phénomène des communautés de pratique que la démarche processuelle et temporelle utilisée dans cette thèse, souligne. Cette démarche méthodologique ouvre la voie à de nouvelles perspectives de recherche sur les processus de développement des communautés de pratique tant en ce qui a trait à leur opérationnalisation que dans la perspective de leurs relations interorganisationnelles. Ici, les caractéristiques « d'interfaces » ou « d'objets frontières » qui prêtent aux communautés une disposition à interagir avec d'autres communautés voire à rencontrer les objectifs organisationnels, constituent des thèmes de recherche importants à développer. Partant, ce sont bien évidemment les capacités des CoPs à rester créatives et à survivre dans un environnement contraignant qui méritent d'être explorées.

Par ailleurs, certaines notions apparues au décours de l'analyse des CoPs étudiées, et qui n'ont pas fait l'objet d'un développement précis dans le cadre de cette thèse, doivent également donner lieu à de nouvelles perspectives de recherche. Notamment, l'apport des théories de l'identification sociale à la rencontre de la construction identitaire des CoPs ou encore la manière dont les pratiques institutionnalisées peuvent influencer les comportements des membres des CoPs, étudiée sous l'angle des théories du pouvoir.

Au-delà, nous posons l'intérêt à développer un axe de recherche sur l'effet de complémentarité des CoPs au processus de gouvernance clinique. En reprenant, la perspective du modèle conceptuel développé par Pomey & al., (2008) qui conçoit deux niveaux de gouvernance : *d'ensemble* et de *proximité*, il est licite de penser que des structures flexibles telles que le sont les CoPs, constituent un espace interstitiel de connaissances utile pour accompagner les *pratiques de gouvernance stratégiques et managériales*.

Bibliographie

- Allaire, Y., & Firsirotu, M. E. (1983). La dimension culturelle des organisations : conséquences pour la gestion et le changement des organisations complexes. In Tarrab & al. (Eds.), *La psychologie organisationnelle au Québec* (pp. 481-495). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Adler, P. A., & Adler, P. (1987). *Membership Roles in Field Research*. USA : Sage Publications.
- Alter, N. (2006). *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF.
- Altheide, D. L., & Johnson, J. H. (1998). Criteria for Assessing Interpretative validity in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials* (pp. 283-312). London : Sage.
- Argyris, C., & Schön, D. (1996). *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice* : Reading: Addison Wesley.
- Barley, S. R. (1996). Technicians in the workplace: Ethnographic evidence for bringing work into organization studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(3), 404-440.
- Boffo, C. (2003). Changement continu et situé : théorie et implications pratiques. *Les cahiers du centre d'études en transformation des organisations* (Cahier no 2003-01, HEC Montréal), 1-38.
- Bouchikhi, H. (1990). *Structuration des organisations*. Paris : Economica.
- Brousselle, A., Denis, J. L., & Langley, A. (1999). Que savons-nous des fusions d'hôpitaux, bibliographie analytique sommaire. *Centre de référence FCRSS*
Retrieved 18 mai, 2002, from www.chsrf.ca
- Brousselle, A. (1994). What Counts is not Falling... but Landing *Evaluation* 10(2), 155-173.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and Communities of Practice. Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation. *Organization Science*, 2(1), 40-57.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1998). Organizing Knowledge. *California Management Review*, 40(3), 90-111.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and Organization : A Social-Practice Perspective. *Organization Science*, 12(2), 198-213.
- Brown, S. L., & Eisenhardt, K. M. (1997). The Art of Continuous Change: Linking Complexity Theory and Time-paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations. *Administrative Science Quarterly* 42 (1), 1-34.

- Buono, A. F., & Bowditch, J. L. (1989). *The Human Side of Mergers and Acquisitions: Managing Collisions Between People, Cultures and Organizations*. California : Jossey Bass Publishers.
- Buysse, V., Sparkman, K., & Wesley, P. (2003). Communities of practice: connecting what we know with what we do. *Exceptional Children Reston*, 69(3), 263-278.
- Carlier, P., Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2005). Le rôle de dirigeant dans le pilotage de restructuration hospitalière. In D. Contandriopoulos, C. André-Pierre, J. L. Denis & A. Valette (Eds.), *L'hôpital en restructuration. Regards croisés sur la France et le Québec* (pp. 107-117) : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cartwright, S., & Cooper, C. (1993). The psychological Impact of Merger and Acquisition on the Individual : A Study of Building Society Managers. *Human Relations*, 46(3), 327-347.
- CCASS (2004). Mesures Implantées pour le Renouveau de l'Évaluation (MIRE). Programme d'agrément. Format CD ROM, 4^{ème} édition. Ottawa : Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé.
- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet: A propos de l'ouvrage de Wenger (1998): Communities of practice: learning, meaning and identity. *Journal*, 3(1), 1-30
- Cohendet, P., & Diani, M. (2005). La notion d'activité face au paradigme économique de l'organisation: une perspective d'interprétation en termes de communautés. In R. Teulier & P. Lorino (Eds.), *Entre connaissance et organisation: l'activité collective. L'entreprise face au défi de la connaissance* (pp. 162-186). Paris : Éditions La découverte.
- Comtois, E., Denis, J.-L., & Langley, A. (2004). Rhetorics of Efficiency, Fashion and Politics Hospital Mergers in Quebec. *Management Learning*, 35(3), 303-320.
- Connolly, S., & Klein, L. (2002). The impact of a merger on Novell's KM efforts. *KM Review*, 5(4), 20-23.
- Contandriopoulos, A. P., & Souteyrand, Y. (1996). L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre. In A. P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), *L'hôpital stratège* (pp. 3-18). Paris : John Libbey.
- Coux, N. (1997). Évaluation "chemin faisant" et mise en acte d'une stratégie tâtonnante. In M. J. Avenier (Ed.), *La stratégie « chemin faisant »*. Paris : Economica, Coll. Stratégies et organisations.
- Covin, T. J., Sightler, K. W., Kolenko, T. A., & Tudor, R. K. (1996). An investigation of post-acquisition satisfaction with the merger. *The Journal of Applied Science*, 32(2), 125-142.
- Cowan, R., David, P. A., & Foray, D. (2000). The explicit economics of knowledge codification and tacitness. *Industrial and Corporate Change* 9, 211-253.

- Cowan, R., Jonard, N., & Zimmerman, J. B. (2002). The joint dynamics of networks and knowledge. Heterogenous Agents, Interaction, and Economic performance, Spenger. *Economic and Mathematicas Systems*, 155-174.
- Cross, R., Borgatti, S., & Parker, A. (2002). Making Invisible Work Visible : Using Social Network Analysis to Support Strategic Collaboration. *California Management Review*, 44(2).
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Cyert, R., & March, J. (1963). *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Daft, R. L., & Weick, K. E. (1984). Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management review*, 9, 284-295.
- Dameron, S., & Josserand, E. (2007). Le développement d'une communauté de pratique. Une analyse relationnelle. *Revue française de gestion* 5(174), 131-148.
- Daraut, S. (2004). *De l'apprentissage technico-organisationnel ou du rôle des règles dans la structuration de contextes d'interactions - Fondements théoriques et illustrations empiriques*. Unpublished Doctorat en Sciences Économiques, Les bibliothèques de l'université/Service Commun de la Documentation Toulouse.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion*, 24(3), 131-139.
- Demers, C. (2002). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. In R. Jacob, A. Rondeau & D. Luc (Eds.), *Transformer l'organisation* (pp. 52-70) : Gestion. *Revue internationale de gestion*.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1990). L'analyse d'implantation: modèles et méthodes. *La revue canadienne d'évaluation de programme*, 5(2), 47-67.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2), 165-189.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (1999). The struggle to implement teaching hospital mergers. *Canadian Public Administration*, 42(285-311).
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. In D. Brock & M. Powell & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organizations* (pp. 105-130). London : Routledge.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Pineault, M. (2000). Becoming a leader in a complex organization. *Journal of Management Studies*, 37(8), 1063-1099.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Pineault, M. (2001). La santé: fusions et confusion. In R. Côté (Ed.), Québec 2001: *Annuaire politique, social, économique et culturel*. Québec : Fides.

- Denis, J.-L., Lamothe, L., & 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., & Rouleau, L. (2004). *Le défi de la formation des stratégies dans les organisations pluralistes*. Paper presented at the XIII Conférence de l'AIMS, Normandie.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts : Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- De Terssac, G. (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements* (La Découverte ed.) : Collection Recherches.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14 (4), 532-550.
- Faucher, M. (1999). *Une fusion d'organisations professionnelles de cultures différentes*. Unpublished Mémoire de maîtrise, Montréal.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris : Le Seuil.
- Fox, S. (1997). Situated learning theory versus traditional cognitive learning theory : why management education should not ignore management learning. *Systems Practice*, 10(6), 727-747.
- Fox, S. (2000). Communities of practice, Foucault and Actor-Network Theory. *Journal of Management Studies*, 37(6), 853-867.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée* (2 ed.). Paris : Le Seuil.
- Gaglio, G., & Roblain, O. (2004). L'actualité de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud: Regards croisés de jeunes chercheurs. *Les cahiers du CERSO* (Novembre 2004).
- Garside, P. (1999). Evidence-based mergers? *British Medical Journals*, 318(7180), 345-346.
- Gherardi, S., & Nicolini, D. (2000). The organizational learning of safety in communities of practice. *Journal of Management Inquiry*, 9(1), 7-18.
- Gherardi, S., Nicolini, D., & Odella, F. (1998). Toward a social understanding of how people learn in organizations : the notion of situated curriculum. *Management Learning*, 29(3), 273-297.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge : Polity Press.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration* (A. Michel, Trans. française ed.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and Sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 433-448.

- Gongla, P., & Rizzuto, C. R. (2001). Evolving communities of practice : IBM Global Services experience. *IBM Systems Journal*, 40(4), 842-862.
- Gonnet, F. (1994). Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics. In F. Pavé (Ed.), *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels* (pp. 337-344). Paris : Éditions du Seuil.
- Gosselin, A. (1987). Les contraintes à l'intégration des entreprises après une fusion ou acquisition : comment 1+1 peut donner simultanément 1 et 3, *Revue Internationale de Gestion*, 12(3), 67-74.
- Gosselin, A., Guindon, L., & Schweiger, D. M. (1993). *La gestion du choc culturel lors des fusions/acquisitions d'entreprises : une étude comparative de cinq cas*. Paper presented at the AGRH, Jouy-en-Josas.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative Research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, Beverly Hills : Sage.
- Hafsi, T., F., S., & Toulouse, J. M. (2000). *La stratégie des organisations : une synthèse*. Montréal : Éditions Transcontinental.
- Hamel, G., & Prahalad, C. K. (1994). *Competing for the Future*. Boston : Harvard Business School Press.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Iedema, R., Meyerkort, S., & While, L. (2005). Emergent modes of work and communities of practice. *Health Services Management Research* 18(1), 13-24.
- Jellinek, M., & Schoonhoven, C. B. (1993). *The innovation marathon: Lessons from high technology firms*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Jemison, D. B., & Sitkin, S. B. (1986). Acquisition : The process can be a problem. *Harvard Business Review*, 64(2), 107-110.
- Johnson, C. M. (2001). A survey of current research on online communities of practice. *Internet and Higher Education*, 4 45-60.
- Josserand, E. (2004a). Cooperation within Bureaucracies: Are Communities of practice an Answer? *M@n@gement*, 7(3), 307-339.
- Josserand, E. (2004b). *Les difficultés pratiques des communautés de pratique*. Paper presented at the XIII Conférence de l'AIMS, Normandie.
- Josserand, E., Clegg, S., Kornberger, M., & Pitsis, T. S. (2004). Friends or Foes? Practicing Collaboration - An Introduction. *M@n@gement*, 7(3), 37-45.
- Kim, D. H. (1993). The link between Individual and Organizational Learning. *Sloan Management Review*, 37-50.
- Kreiner, K., & Lee, K. (2000). Competence and Community: Post-acquisition learning processes in high-tech companies. *International Journal of Technology Management*, 20, 657-669.

- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Unpublished Thèse de doctorat.
- Lamothe, L. (2005). La dynamique interprofessionnelle : la clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. In D. Contandriopoulos, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis & A. Valette (Eds.), *L'hôpital en restructuration* (pp.141-157) : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24 (4), 691-710.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: The construction of scientific facts*. Princeton N.J. : Princeton University Press.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice: Mind, mathematics, and culture in everyday life*. Cambridge, England : Cambridge University Press.
- Lave, J. (1991). Acquisition des savoirs et pratiques de groupe. *Sociologie et Sociétés* 23(1), 145-162.
- Lave, J. (1997). The culture of acquisition and the practice of understanding. In D. Kirshner & J. A. Whitson (Eds.), *Situated cognition: Social, semiotic, and psychological perspectives* (pp. 63-82). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge : University Press.
- Lefebvre, P., Roos, P., & Sardas, J.-C. (2007). Les théories des communautés de pratiques à l'épreuve : enrichissements, élargissements. In J.-C. Sardas, D. Giauque & A. M. Guénette (Eds.), *Comprendre et organiser. Quels apports des sciences humaines et sociales* (pp. 513-534). Paris : L'Harmattan.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique* (Quadrige manuels ed.). Paris : PUF.
- Lee, S. Y. D., & Alexander, J. A. (1999). Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals. *Medical Care Research and Review*, 56(3), 227-276.
- Leroy, F., & Ramanantsoa, B. (1997). The Cognitive and Behavioural Dimensions of Organizational Learning in a Merger: an empirical study. *Journal of Management Studies*, 34(6), 870-894.
- Lesser, E. L., & Storck, J. (2001). Communities of Practice and Organizational Performance. *IBM Systems Journal*, 40(4), 831-841.
- Letourmy, A., & Valette, A. (2005). Les contextes français et québécois. In D. Contandriopoulos, A. P. Contandriopoulos, J. L. Denis & A. Valette (Eds.), *L'hôpital en restructuration* (pp. 17-32). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lichtenberger, Y. (2003). Régulation(s) et constitution des acteurs sociaux. In D. Terressac (Ed.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements* (pp. 51-60). Paris : La Découverte.

- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills : Sage.
- Liu, M. (1981). Technologie, organisation du travail et comportements des salariés. *Revue française de sociologie*, 22(2), 205-221.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1991). *Les organisations, problèmes psychosociologiques*. Paris : Dunod.
- Markham, B., & Lomas, J. (1995). Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature : Benefits, disadvantages and Lessons for Implementation. *Healthcare Management Forum*, 8(3), 24-35.
- McDermott, R. (2000). Community development as a naturel step : five stages of community development *KM Review*, 3(5).
- Merriam, S. B., Courtenay, B., & Baumgartner, L. (2003). On becoming a witch : Learning in a marginalized community of practice. *Adult Education Quarterly*, 53(3), 170-188.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Montréal: Éditions d'organisation & Agence d'Arc.
- Mintzberg, H. (1998). *Le management : voyage au centre des organisations* (J.-M. Behar, Trans.). Paris : Montréal: Éditions d'organisation & Agence d'Arc.
- Moison, J.-C. (1994). Hôpital, instrumentation de gestion et analyse stratégique. In F. Pavé (Ed.), *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels* (pp. 350-356). Paris : Éditions du Seuil.
- Moison, J.-C. (2008). Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 175-181.
- Mosse, P., Gervasoni, N., & Kerlau, M. (1999). *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies*. Aix-en-Provence Cedex : MIRE.
- Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social Capital, Intellectual Capital and the Organizational Advantage. *The Academy Management Review*, 23(2), 242-267.
- Nahavandi, A., & Malekzadeh, A. (1988). The role of acculturation in mergers and acquisitions. *The Academy of Management Review*, 13, 79-90.
- Napier, N. (1989). Mergers and acquisitions, human resource issues and outcomes: a review and suggested typology. *Journal of Management Studies*, 26(3), 271-289.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-36.
- Orlikowski, W. J., & Hofman, D. (1997). An improvisational model for change management : The case of groupware technologies. *Sloan Management Review*, 38(2), 11-21.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative research & evaluation methods* (3 ed.). California : Sage Publications.

- Peneff, J. (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris : Métailié.
- Peneff, J. (2000). *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*. Paris : Métailié.
- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins* 39 (3), 183-194.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Reynaud, J.-D. (1991). Pour une sociologie de la régulation sociale. *Sociologie et sociétés*, 23(2), 13-26.
- Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations: Régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29(1), 5-18.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale* (2 ed.; 1ed 1989). Paris : Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1999). *Le conflit, la négociation et la règle*. (Seconde édition augmentée), Toulouse : Editions Octares.
- Reynaud, J.-D. (1999). Les régulations dans les organisations: Régulation de contrôle et régulation autonome. In J. D. Reynaud (Ed.), *Le conflit, la négociation et la règle* (pp. 157-158). Toulouse : Editions Octares.
- Reynaud, J.-D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. In D. Terssac (Ed.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (pp. 104-113). Paris : La Découverte.
- Rogoff, B. (1994). Developing understanding of the idea of communities of learners. *Minds, Culture and Activity*, 1, 209-229.
- Rouleau, L. (2002). *Strategising in and through micro-practices and social contexts: a structurationist perspective*. Paper presented at the European Academy of Management's Congress (EURAM), Stockholm, Suede.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail* (2 ed.). Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Sainsaulieu, R. (1994). Entreprise et société. Quelles sociologies ? In F. Pavé (Ed.), *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris : Éditions du Seuil.
- Sainsaulieu, I. (2007). *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*. Paris : Editions Belin.

- Saint-Onge, H., & Wallace, D. (2002). *Leveraging Communities of Practice for Strategic Advantage* New-york : Butterworth-Heinemann.
- Schneider, S. C., & Angelmar, R. (1993). Cognition in organizational analysis: who's minding the store? *Organization Studies*, 14(3), 347-374.
- Schraeder, M. (2001). Identifying employee resistance during the treat of a merger : An analysis of employee perceptions and commitment to an organization in a pre-merger context. *The Mid-Atlantic Journal of Business*, 37(4), 191-203.
- Schweiger, D. M., & Denisi, A. S. (1991). Communication with employees following a merger: a longitudinal experiment. *Academy of Management Journal*, 34(1), 110-135.
- Scott, J. (2000). *Social Network Analysis: A Handbook*. (2nd edition ed.). London : Sage.
- Shanahan, M., Loyd, M., Roos, N. P., & Brownell, M. (1999). A comparative study of the costliness of Manitoba hospitals. *Medical Care Research and Review*, 37(6), 101-122.
- Shrivastava, P. (1986). Post-merger Integration. *Journal of Business Strategy*, 7(1), 65-76.
- Snail, T. S., & Robinson, J. C. (1998). Organizational diversification in the American Hospital. *Annual Review of Public Health*, 19, 417-453.
- Stamps, D. (1997). Communities of practice : Learning is social. Training is irrelevant ? *Training*, 43(34-42).
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park : Sage.
- Turgeon, J., Anctil, H., & Gauthier, J. (2003). L'évolution du Ministère et du réseau: continuité ou rupture? In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin & G. Bélanger (Eds.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 93-117) : Les Presses de l'Université Laval.
- Vaast, E. (2001). *Les intranets, occasions de renforcement et de transformation des communautés de pratique : Quatre études de cas*. Paper presented at the Xème Conférence de l'AIMS, Québec.
- Vaast, E. (2002, Ed. EMS). *Les communautés de pratique sont-elles pertinentes?* Paper presented at the XI Conférence de l'AIMS, ESCP, EAP, Paris.
- Valette, A., & Denis, J.-D. (2005). Le pilotage à grande échelle des processus de restructuration. In D. Contandriopoulos, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis & A. Valette (Eds.), *L'hôpital en restructuration* (pp. 261-278). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Presses Universitaires de Montréal.
- Van der Maren, J.-M. (1997). La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse? *Recherches qualitatives*, 17, 80-90.

- Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris: Economica : Collection Gestion.
- Walsh, J.-P. (1988). Top management turnover following mergers and acquisitions. *Strategic Management Journal*, 9, 173-183.
- Weber, Y. (1996). Corporate cultural fit and performance in mergers and acquisitions. *Human Relations*, 49(9), 1181-1202.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E. (2004). Knowledge management as a doughnut : shaping your knowledge strategy through communities of practice. *Ivey Business Journal Online*, 1.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. (2002). *Cultivating Communities of practice*. Boston : Harvard Business School Press.
- Wenger, E., & Snyder, W. (2000). *Communities of practice: the organizational frontier*. Harvard Business Review (January-February), 139-145.
- Wesley, P. W., & Buysse, V. (2001). Communities of practice: Expanding professional roles to promote reflection and shared inquiry, Topics Early Childhood Special. *Education Austin*, 21(2), 114-125.
- Wick, C. (2000). Knowledge Management and Leadership Opportunities for Technical Communicators, *Technical Communication*, 47, 515-529.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study Research, Design and Methods*. London : Sage.

Annexe I – Formulaire de consentement



Ayant été approché(e) pour participer au projet de recherche décrit dans ce formulaire de consentement, veuillez lire attentivement le texte qui suit, N'hésitez pas à poser au chercheur qui vous a remis le formulaire toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, avant de prendre votre décision finale. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, ce chercheur conservera le formulaire que vous aurez signé et il vous en remettra une copie.

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE:

Déconstruction et (re)construction des communautés de pratique dans les organisations professionnelles de santé : le cas d'une fusion hospitalière

IDENTIFICATION DES CHERCHEURS :

Chercheure principale :

Patricia Carlier, Candidate PhD en gestion des services de santé; Département d'administration de la santé; Faculté de médecine, Université de Montréal. Tel : (514) 885-5057

Directeur de recherche :

Jean-Louis Denis, Directeur de thèse, Professeur titulaire, Faculté de médecine; Département d'administration de la santé, Université de Montréal. Tel : (514) 343-6031

Lise Lamothe, Co-directrice de thèse, Professeure agrégée, Faculté de médecine; Département d'administration de la santé, Université de Montréal. Tel : (514) 343-6111 - poste 3141

Ann, Langley, Professeure titulaire, HEC Montréal; Service de l'enseignement du management Tel : (514) 340-7748

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :

Le processus de fusion engagé entre les trois hôpitaux universitaires, implique une restructuration importante au sein des services de soins et des modes de pratique.

Au cœur de cette dynamique de changement, les équipes de soins vont devoir mettre en commun leurs connaissances et expertises pour accompagner la mise en oeuvre de ces changements.

Par ailleurs, lorsque la fusion conduit à la relocalisation sur un nouveau site, il s'agit pour les équipes recomposées de reconstruire ensemble des façons de faire, de partager de nouvelles connaissances dans l'environnement de la production de soins. Dans cette étude exploratoire, nous cherchons à recueillir votre perception sur :

- ce que ces changements ont impliqué dans votre quotidien de travail;

- les moyens qui ont été développés au sein de votre unité de soins pour implanter ces changements;

Dans le cadre de cette étude, vous êtes invité(e) à nous accorder une entrevue d'une durée d'environ 1 heure, enregistrée sur magnétophone. L'entrevue portera sur des thèmes relatifs au contexte opérationnel de la démarche de fusion du centre hospitalier.

Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Ainsi, toutes les personnes pouvant avoir accès à cette information, c'est-à-dire l'équipe de recherche sur la démarche de fusion du CHU α ainsi que nous-même, avons signé un engagement de confidentialité. La cassette contenant l'enregistrement ainsi que la transcription de l'entrevue seront conservées dans un lieu sécuritaire. De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un(e) participant(e) ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Compte tenu des thèmes qui seront abordés et des mesures de confidentialité qui seront prises, le fait de participer à notre projet de recherche ne devrait vous causer aucun préjudice. Cela ne devrait pas non plus vous profiter directement.

Bien que la direction de votre entreprise ait donné son accord à la tenue de cette recherche, vous ne devez, en aucun cas, vous sentir obligé d'y participer. Votre participation doit être totalement volontaire.

Patricia Carlier

CONSENTEMENT À SIGNER :

Ayant lu et compris le texte ci-haut et ayant eu l'opportunité d'obtenir réponse à toutes mes questions quant à l'étude, je consens à participer à une entrevue dirigée par Patricia Carlier. Je suis également informé(e) qu'il me sera possible de poser toute question à venir à l'un des membres de l'équipe de recherche.

Je sais que je peux refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions, si j'en décide ainsi. J'ai le droit de refuser de prendre part au projet envisagé et, de plus, toute décision de participer ne m'obligera en rien. Je peux me retirer du projet n'importe quand, sans subir quelque conséquence négative que ce soit. Le cas échéant, les données recueillies jusqu'alors pourront néanmoins être utilisées.

Date : _____ Signature du participant : _____

Date : _____ Signature chercheur(e) : _____

Date : _____ Signature chercheur(e) : _____

Annexe II – Engagement de confidentialité

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Titre du projet :

Déconstruction et (re)construction des communautés de pratique dans les organisations professionnelles de santé : le cas des fusions d'hôpitaux universitaires

Composition de l'équipe de recherche (Personnes ayant accès aux données confidentielles) :

Patricia Carlier, Étudiante au doctorat en administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Sous la direction de Monsieur Jean-Louis Denis, Professeur titulaire à la Faculté de Médecine, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Je soussignée, membre de l'équipe de recherche réalisant le projet mentionné ci-dessus, m'engage formellement à :

- A. assurer la protection et la sécurité des données que je recueillerai auprès des participant(e)s et à conserver leurs enregistrements dans un lieu sécuritaire ;*
- B. ne discuter des renseignements confidentiels obtenus auprès des participant(e)s qu'avec les membres de l'équipe de recherche ayant signé le présent engagement;*
- C. ne pas utiliser les données recueillies dans le cadre de ce projet à d'autres fins que celles prévues à moins qu'elles soient approuvées par le Comité d'éthique de la recherche du CHU α ;*
- D. prendre les dispositions nécessaires pour protéger l'identité des participant(e)s et en empêcher l'identification accidentelle, tant lors du traitement et de l'analyse des données que lors de la diffusion des résultats de la recherche ;*
- E. ne pas utiliser, de quelque manière que ce soit, les données ou renseignements qu'un(e) participant(e) aura explicitement demandés d'exclure de l'ensemble des données recueillies.*

Identité du signataire	Signature	Fonction du signataire	Date
Patricia Carlier		Candidate PhD. Faculté de médecine Départ. Administration de la santé, UdeM	
Jean-Louis Denis	(514) 343-6031	Professeur titulaire Faculté de médecine Départ. Administration de la santé, UdeM	

Annexe III – Grille d’entretien Service de Gériatrie

Grille d'entretien

I. PRÉSENTATION

❖ Objectif de l'entretien (contexte opérationnel) :

- Recueillir votre perception sur :
 - La chronologie des événements associés à l'intégration de la fusion dans le service de gériatrie
 - La mise en acte du changement au sein de l'équipe (quoi, pourquoi, comment)
 - Le rôle et l'influence des acteurs clés dans ce processus (qui)
 - Votre évaluation de la situation actuelle dans le service de gériatrie.

❖ Engagement à la confidentialité des données recueillies

❖ Demande de consentement de l'interviewé pour l'enregistrement de l'entretien

❖ Avant de commencer, auriez-vous des questions relativement à l'objet ou au déroulement de notre rencontre?

II. PARCOURS ET REPRÉSENTATION DE L'INTERVIEWÉ(E)

- i. Position actuelle
- ii. Position antérieure au projet de fusion
- a. INSCRIPTION DE L'INTERVIEWÉE DANS LE PROCESSUS D'INTÉGRATION
 - iii. Dès le début du processus
 - iv. En cours de processus
 - v. Mandat
- b. REPRÉSENTATION INDIVIDUELLE DE L'EXERCICE DE FUSION (ENJEUX, STATUT ET RÔLE DANS LA REPRÉSENTATION)
 - vi. pouvez-vous me raconter l'évolution de ce projet de regroupement de service telle que vous l'avez vécue (la précision en ce qui concerne les années est importante pour la chronologie des événements)

III. CHANGEMENTS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS

- c. ORGANISATION CONCRÈTE (REGROUPEMENT D'UNITÉS OU AUTRES MODALITÉS)
- d. COMMENT CELA A TOUCHÉ LA RÉORGANISATION DU TRAVAIL DES ÉQUIPES
 - vii. Démissions et remplacements,
 - viii. Relocalisation sur un ou deux sites
 - ix. Réajustement des modes de pratique (idéologie différente)
- e. QUEL A ÉTÉ LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'INTÉGRATION ?
 - x. Réunion interdisciplinaire

- xi. Réunion par groupe professionnel
- xii. Autres...

f. RÉACTIONS AU PROJET D'INTÉGRATION AU SEIN DES ÉQUIPES

- xiii. Quelles catégories professionnelles les plus déstabilisées?
- xiv. Qu'est ce qui était le plus confrontant pour ces équipes de travail recomposées
- xv. Y a-t-il eu beaucoup de départs suite au regroupement

g. FACTEURS INTÉGRATEURS AU PROJET

- v. Qu'est ce qui a été mis en place pour faciliter l'intégration des équipes?
- vi. Quelles actions ont pu faciliter la reconstruction d'une identité locale ? (appartenance au groupe); Ou freiner cette reconstruction
- vii. Quels leaders
- viii. Comment voyez-vous votre rôle dans l'équipe ?

IV. ÉVOLUTION DU PROCESSUS D'INTÉGRATION AUJOURD'HUI

h. POUVEZ-VOUS DÉCRIRE LA SITUATION ACTUELLE

- vi. Au sein de l'équipe ici
- vii. Entre les deux équipes interdisciplinaires de gériatrie dans une perspective d'harmonisation des pratiques (liens)

V. PERCEPTION DES RETOMBÉES DE L'INTÉGRATION SUR LA QUALITÉ DES SOINS

- viii. Quels sont les effets de l'intégration sur la clientèle de gériatrie?
- ix. Comment voyez-vous la mise en place de la gestion par programme au sein du service?

VI. CONCLUSION

- x. Avez-vous des commentaires ou opinions dont vous aimeriez me faire part et qui n'auraient pas été développés lors de notre entretien ?

-
- ❖ Quels sont les lieux (physiques), les réunions (en dehors du comité interdisciplinaire) où la mise en pratique du travail d'équipe (compétences interdisciplinaires) vous semble la plus évidente à observer?
 - ❖ Quelles personnes me conseillez-vous de rencontrer pour m'aider à cerner la « vie du service »
-

Fin de l'entrevue

Annexe IV – Grille d’entretien Secteur Mère-Enfant

Grille d'entretien

VII. PRÉSENTATION

❖ Objectif de l'entretien (contexte opérationnel) :

➤ Recueillir votre perception sur :

- La chronologie des événements associés à l'intégration des départements d'obstétrique
- La mise en acte du changement au sein de l'équipe (quoi, pourquoi, comment)
- Le rôle et l'influence des acteurs clés dans ce processus (qui)
- Votre évaluation de la situation actuelle au centre périnatal

❖ Engagement à la confidentialité des données recueillies

❖ Demande de consentement de l'interviewé pour l'enregistrement de l'entretien

❖ Avant de commencer, auriez-vous des questions relativement à l'objet ou au déroulement de notre rencontre?

VIII. PARCOURS ET REPRÉSENTATION DE L'INTERVIEWÉ(E)

xvi. Position actuelle

xvii. Position antérieure au projet de fusion

i. INSCRIPTION DE L'INTERVIEWÉE DANS LE PROCESSUS D'INTÉGRATION

xviii. Dès le début du processus

xix. En cours de processus

xx. Mandat

j. PERCEPTION INDIVIDUELLE DE L'EXERCICE DE FUSION (ENJEUX)

xxi. Pouvez-vous me raconter l'évolution de ce projet de fusion entre les deux départements, telle que vous l'avez vécue (la précision en ce qui concerne les années est importante pour la chronologie des événements)

IX. CHANGEMENTS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS

k. ORGANISATION CONCRÈTE (REGROUPEMENT D'UNITÉS OU AUTRES MODALITÉS)

l. COMMENT CELA A TOUCHÉ LA RÉORGANISATION DU TRAVAIL DES ÉQUIPES

xxii. Démissions

xxiii. Relocalisation sur un ou deux sites,

xxiv. Uniformisation des techniques ou des pratiques (idéologie différente?),

m. QUEL A ÉTÉ LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'INTÉGRATION ?

xxv. Réunion interdisciplinaire

xxvi. Réunion par groupe professionnel

xxvii. Comité de travail sur l'harmonisation des pratiques

- n. RÉACTIONS AU PROJET D'INTÉGRATION AU SEIN DES ÉQUIPES
 - xxviii. Quelles catégories professionnelles ont été les plus déstabilisées par la fusion?
 - xxix. Qu'est-ce qui était le plus confrontant pour ces équipes de travail recomposées?
 - xxx. Y a-t-il eu beaucoup de départs suite à la fusion des deux départements?
- o. FACTEURS INTÉGRATEURS AU PROJET
 - ix. Qu'est ce qui a été mis en place pour faciliter l'intégration des équipes?
 - x. Quelles actions ont pu faciliter la reconstruction d'une identité locale (appartenance au groupe)?
 - xi. Ou freiner cette reconstruction?
 - xii. Quels leaders?
 - xiii. Comment voyez-vous votre rôle dans l'équipe?

X. ÉVOLUTION DU PROCESSUS D'INTÉGRATION AUJOURD'HUI

- p. POUVEZ-VOUS DÉCRIRE LA SITUATION ACTUELLE
 - vi. Intégration des deux équipes complétée?
 - vii. Signes de l'intégration
- q. PERCEPTION DES RETOMBÉES DE L'INTÉGRATION SUR LA QUALITÉ DES SOINS
 - vi. Quels sont les effets de l'intégration sur la clientèle d'obstétrique?
 - vii. Comment voyez-vous le rôle du comité d'amélioration continue?

XI. CONCLUSION

- viii. Avez-vous des commentaires ou opinions dont vous aimeriez me faire part et qui n'auraient pas été développés lors de notre entretien ?



- ❖ Y a-t-il des personnes que vous me conseilleriez de rencontrer pour compléter cette chronologie d'événements?

Fin de l'entrevue