

Université de Montréal

**Les pratiques stratégiques des infirmières dans les
réseaux intégrés de services de santé**

par

Liette Bernier

École de Santé publique

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de Ph D
en santé publique
Option organisation des soins de santé

Décembre 2012

© Liette Bernier, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

Les pratiques stratégiques des infirmières
dans les réseaux intégrés de services de santé

Présentée par :

Liette Bernier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Caroline Larue, présidente-rapporteuse
Danielle D'Amour, directrice de recherche
Jean-Louis Denis, co-directeur de recherche
Claude Sicotte, membre du jury
Diane Morin, examinatrice externe
Chantal Cara, représentante du doyen de la FES

Résumé

L'intégration des soins et des services de santé est vue autant, par les décideurs, par les professionnels que par les usagers, comme une nécessité pour assurer une meilleure accessibilité, pour favoriser la continuité et la coordination et pour améliorer la qualité des soins et services tout en contrôlant les coûts. Depuis près de deux décennies, des réseaux intégrés de soins et de services de santé se développent dans les pays de l'OCDE. Ce phénomène a généré une littérature plutôt abondante sur les conditions organisationnelles supportant l'intégration des soins et plus récemment, sur l'importance du rôle et de la place des professionnels dans ces structures. Les données empiriques et les écrits mettent en évidence que les infirmières ont joué un rôle important dans la mise en place des réseaux intégrés de services depuis leurs débuts.

Cette étude vise à identifier les pratiques stratégiques des infirmières qui sont impliquées dans des réseaux intégrés de services de santé et de comprendre comment ces pratiques favorisent des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens de l'intégration clinique. Elle vise aussi à mettre en évidence les facteurs individuels et organisationnels impliqués dans le développement de ces pratiques et dans le processus d'apprentissage organisationnel.

Une revue des écrits sur les réseaux de services intégrés et sur l'intégration clinique, ainsi que sur l'apprentissage organisationnel et sur l'analyse stratégique a confirmé que ces écrits, tout en étant complémentaires, soutenaient les objectifs de cette étude. En effet, les écrits sur l'intégration présentent des déterminants de l'intégration sans aborder les pratiques stratégiques et sont discrets sur l'apprentissage organisationnel. Les écrits sur l'apprentissage organisationnel abordent le processus d'apprentissage, mais ne décrivent pas les pratiques favorisant l'apprentissage organisationnel et sont peu loquaces sur les facteurs influençant l'apprentissage organisationnel. Enfin, les écrits sur l'analyse stratégique discutent des systèmes et des processus dynamiques en incluant les conditions individuelles et organisationnelles, mais ne font pas allusion à l'apprentissage organisationnel.

Afin de découvrir les pratiques stratégiques ainsi que les apprentissages organisationnels, et de comprendre le processus d'apprentissage et les facteurs impliqués dans celui-ci, nous avons eu recours à un devis d'étude de cas multiples où nous sommes attardés à étudier les pratiques d'infirmières évoluant dans quatre situations visant l'intégration clinique. Ces situations faisaient partie de trois réseaux intégrés de services de santé impliquant des professionnels de différentes disciplines rattachés soit, à un centre hospitalier ou à un centre local de services communautaires.

Trois études de cas ont été rédigées à partir des informations émanant des différentes sources de données. Dans le cadre de cette étude, quatre sources de données ont été utilisées soit : des entrevues individuelles avec des infirmières, d'autres professionnels et des gestionnaires (n=60), des entrevues de groupe (n=3), des séances d'observations (n=12) et l'étude de documents d'archives (n=96).

À l'aide des données empiriques recueillies, il a été possible de découvrir quinze pratiques stratégiques et de préciser la nature des apprentissages qu'elles génèrent. L'analyse des cas a également permis de mieux comprendre le rapport entre les pratiques stratégiques et les apprentissages organisationnels et d'apporter des précisions sur le processus d'apprentissage organisationnel.

Cette étude contribue à la pratique et à la recherche, car en plus d'offrir un modèle d'apprentissage organisationnel intégré, elle précise que le processus d'apprentissage organisationnel est propulsé grâce à des boucles d'apprentissages stimulées par des pratiques stratégiques, que ces pratiques stratégiques s'actualisent grâce aux ressources individuelles des infirmières et aux facteurs organisationnels et enfin, que ces apprentissages organisationnels favorisent des changements de pratiques soutenant l'intégration clinique.

Mots-clés : intégration des soins, apprentissage organisationnel, analyse stratégique, pratiques professionnelles, étude de cas, infirmières

Abstract

The integration of healthcare and services is perceived equally by the decision makers, by the professionals and by the users, as a necessity to ensure a better accessibility, to promote continuity and coordination and to improve the quality of these care and services, while controlling the costs. About two decades ago, the integrated healthcare and services networks have been developing in the countries of the OECD. This phenomenon has generated a broad quantity of literature concerning the organizational conditions supporting the integration of healthcare and more recently, on the importance of the role and the position of the professionals within these structures. The empirical data and the writings have been highlighting that the nurses have played an important part in the setting of the integrated healthcare and services networks since their beginning.

This study's goal is to identify the strategic practices of nurses that are involved in the integrated healthcare and services networks and to understand how those practices promote the organizational learning that allow adjustments of practices of all the contributors in the integration of services. It also aims to put forward the individual and organizational factors involved in the development of those practices and in the organizational learning process.

Literature reviews on integrated services networks, clinical integration, organizational learning and strategic analysis confirmed that these writings, while being complementary, supported the objectives of this study. Indeed, the writings on the integration present determinants of the integration without approaching the strategic practices and while being discrete on the organizational learning. Literature on organizational learning fails to describe the practices that promote the organizational learning and are not talkative on the factors that influence the organizational learning. Finally, literature on the strategic analysis discusses the systems and the dynamic processes including the individual and organizational conditions, but they don't refer to organizational learning.

To discover the strategic practices and the organizational learning and to understand the learning process and its factors, we used multiple case studies as our research strategy.

We studied the practices of nurses evolving in four situations aiming the clinical integration. Those situations were taking part of three healthcare and services networks involving professionals from different disciplines attached to either a hospital or to a local community services center.

Three case studies have been written from the information arising from different data bases. Through this study, four data bases were used: individual interviews with nurses, other professionals and managers (n=60), group interviews (n=3), observation sessions (n=12) and the study of archive documents (n=96).

With the empirical data collected we were able to discover fifteen strategic practices and to precise the nature of the learning they generated. The analysis of the cases also allowed us to better understand the link between the strategic practices and the organizational learning and to bring precisions on the organizational learning process. This study is concluded by a discussion on the integrated organizational learning model and on its applications in research as well as in practice.

This study contributes to practice and to research by offering an integrated organizational learning model on top of specifying that the organizational learning process is propelled by learning cycles which are stimulated by strategic practices. It also clarifies that strategic practices take place because of the nurses' individual resources and the organizational factors. Finally, the study demonstrates that organizational learning encourages a change in the practices supporting clinical integration.

Keywords : healthcare integration, organizational learning, strategic analysis, professional practices, case study, nurses

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 - La problématique	2
Chapitre 2 - La recension des écrits	8
Les réseaux intégrés de services de santé	8
Finalités des réseaux intégrés de services de santé	9
Définitions des réseaux intégrés de services de santé.....	10
Effets de l'intégration et des réseaux intégrés	11
Perspectives théoriques influençant l'analyse des réseaux	14
Dimensions de l'intégration	15
Caractéristiques des réseaux	17
Déterminants de l'intégration.....	18
L'apprentissage organisationnel	20
Le processus d'apprentissage.....	21
L'analyse stratégique	26
Chapitre 3 - Le modèle conceptuel	37
Les aspects contextuels	38
Les facteurs organisationnels.....	38
Les ressources individuelles.....	38
Le processus d'apprentissage.....	39
L'intégration clinique.....	40
La dynamique de mobilisation des pratiques.....	41
Les hypothèses de recherche.....	43
Chapitre 4 - La méthodologie de recherche	44
Stratégie de recherche	44
Planification opérationnelle de la recherche	45
Sélection des cas	45
Sélection des établissements et des participants	47
Collecte des données.....	50
Description des variables	54

Pratiques stratégiques.....	54
L'apprentissage organisationnel	54
Ressources individuelles et facteurs organisationnels	54
Déroulement de l'étude.....	57
Traitement et analyse des données.....	58
Critères de scientificité de l'étude.....	60
La fiabilité interne.....	60
La fiabilité externe	61
La validité interne	61
La validité externe.....	62
La validité du construit	62
Considérations éthiques	63
Chapitre 5 - Description et analyse des cas.....	65
Cas 1 - Réseau de services pour les personnes âgées	66
Mise en situation.....	66
Les frontières du cas	67
L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau de services aux personnes âgées.....	69
Illustration 1.1 – Réaliser l'intégration dans le CH pour faciliter l'intégration dans le réseau	72
Synthèse analytique.....	96
Illustration 1.2 – La mise en place d'un rôle clé dans le réseau de services aux personnes âgées : le gestionnaire de cas	104
Synthèse analytique.....	126
Cas 2 – Réseau de soins pour les patients aux prises avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).....	133
Mise en situation	133
Les frontières du cas	134
L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau MPOC	136
Illustration 2 – L'actualisation de fonctions d'infirmières « dédiées » dans le réseau MPOC	139

Synthèse analytique.....	164
Cas 3 - Réseau de services postnataux.....	172
Mise en situation.....	172
Les frontières du cas.....	174
L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau de services postnataux.....	175
Illustration 3– Un projet d'intégration de services postnataux.....	177
Synthèse analytique.....	211
Chapitre 6 - Analyse transversale.....	220
Les pratiques stratégiques.....	221
Définition des pratiques stratégiques.....	221
Localisation et niveau d'actualisation des pratiques stratégiques.....	224
Dynamique de la mobilisation des pratiques stratégiques.....	234
Apprentissages organisationnels et intégration clinique.....	239
L'influence des ressources individuelles et des facteurs organisationnels sur les pratiques stratégiques et sur l'apprentissage organisationnel.....	245
Ressources individuelles.....	245
Facteurs organisationnels.....	248
Chapitre 7 - La discussion.....	252
Conclusion.....	262
Bibliographie.....	264
Annexes.....	i
Annexe 1-Certificat du comité d'éthique, consentements et invitation.....	i
Annexe 2-Grilles d'entrevues, d'observation et d'analyse de documents.....	xx
Annexe 3-Définition opérationnelle des variables.....	xxxiv
Annexe 4-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau de services pour les personnes âgées.....	xxxvi
Annexe 5-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau MPOC.....	xliv
Annexe 6-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau de services postnataux.....	liii

Liste des tableaux

Tableau 1 - Types d'intégration (Leutz, 1999)	17
Tableau 2 - Sélection des établissements et des participants dans chaque réseau	49
Tableau 3 - Documents d'archives (1998-2005).....	53
Tableau 4 - Sources de données pour identifier les variables.....	56
Tableau 5 - Actions associées aux phases d'apprentissage organisationnel.....	59
Tableau 6 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	75
Tableau 7 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	80
Tableau 8 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	84
Tableau 9 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	86
Tableau 10 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	90
Tableau 11 - Les facteurs qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1	96
Tableau 12 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	107
Tableau 13 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	112
Tableau 14 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	115
Tableau 15 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	117
Tableau 16 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	121
Tableau 17 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2	125

Tableau 18 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	142
Tableau 19 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	150
Tableau 20 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	154
Tableau 21 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	157
Tableau 22 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	160
Tableau 23 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 2	163
Tableau 24 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	181
Tableau 25 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	188
Tableau 26 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	193
Tableau 27 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	197
Tableau 28 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	203
Tableau 29 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 3	210
Tableau 30 - Définitions des pratiques stratégiques	222
Tableau 31 - Localisation et niveaux d'actualisation des pratiques selon les illustrations	226
Tableau 32 - Pratiques stratégiques et apprentissages organisationnels récurrents	240
Tableau 33 - Ressources personnelles et professionnelles.....	248
Tableau 34 - Facteurs organisationnels.....	250

Liste des figures

Figure 1 - Modèle de Crossan <i>et al.</i> (1999)	24
Figure 2 - Modèle d'apprentissage organisationnel intégré.....	42
Figure 3 - Dynamique de la mobilisation des pratiques.....	237
Figure 4 - Modèle d'apprentissage organisationnel intégré - <i>détaillé</i>	258

*À mon mari, Lyonel Anglade, qui m'a
accompagnée et soutenue avec amour tout au
long de ce périple et à mes enfants, qui m'ont
encouragée sans relâche.*

*À mes parents, je vous remercie pour tout ce
que vous m'avez transmis.*

Remerciements

Ce travail captivant a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs professionnels et gestionnaires des CLSC et des centres hospitaliers à l'étude. Je les remercie pour leur disponibilité et pour leur générosité à partager leur expérience.

À madame Danielle D'Amour et monsieur Jean-Louis Denis, directrice et co-directeur de cette thèse, je veux exprimer toute ma reconnaissance pour leur soutien indéfectible, leur disponibilité et leur rigueur scientifique. Je me dois également de souligner le soutien que j'ai reçu de l'Université de Montréal et particulièrement, du Centre FERASI.

Je remercie l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui a agi à titre de partenaire décideur dans le cadre de mon programme de doctorat et spécialement, madame Christiane Rouleau qui m'a témoigné toute sa confiance et qui m'a apporté son soutien.

J'exprime ma gratitude à mes collègues et ami(e)s qui m'ont aidé à réfléchir et m'ont encouragé. Je désire particulièrement remercier mon amie Marie-Claire qui a été présente lors des périodes les plus difficiles. Je remercie également Lucie et Nicole pour les moments de partage qui m'ont apporté de l'énergie dans la poursuite de ce projet.

*« ...les effets escomptés des réseaux intégrés de services se matérialisent dans la mesure où ils sont associés aux modifications des pratiques professionnelles et organisationnelles. »
Lamarche et al., 2002*

Introduction

Cette thèse s'intéresse aux pratiques stratégiques des infirmières qui sont impliquées dans des réseaux intégrés de services de santé et cherche à comprendre comment ces pratiques favorisent des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens de l'intégration clinique. Elle vise aussi à mettre en évidence les facteurs individuels et organisationnels impliqués dans le développement de ces pratiques et dans le processus d'apprentissage organisationnel.

Cette thèse comporte sept chapitres. Le premier fait état de la problématique tandis que le second chapitre porte sur l'état des connaissances relatives aux objectifs de cette étude où une revue des écrits sur les réseaux de services intégrés et sur l'intégration clinique, ainsi que sur l'apprentissage organisationnel et sur l'analyse stratégique est présentée. Le troisième chapitre présente la description du modèle conceptuel ainsi que les hypothèses soulevées dans cette étude.

Par la suite, le quatrième chapitre présente la stratégie de recherche ainsi que les éléments relatifs à la planification opérationnelle de cette dernière. Et considérant le fait que l'étude de cas multiples a été privilégiée, les résultats sont présentés sous forme de descriptions. Les trois cas à l'étude sont donc présentés au cinquième chapitre.

Le sixième chapitre présente l'analyse transversale des cas et le septième chapitre de cette thèse discute du modèle conceptuel proposé. Ce chapitre vise à discuter de la contribution au développement des connaissances et de formuler des recommandations pour la pratique ainsi que pour la recherche.

Chapitre 1 - La problématique

L'intégration des soins et des services de santé est vue autant, par les décideurs, par les professionnels que par les usagers, comme une nécessité pour assurer une meilleure accessibilité, pour favoriser la continuité et la coordination des services et pour améliorer la qualité des soins et services tout en contrôlant les coûts. Depuis près de deux décennies, on a assisté au développement des réseaux intégrés de services de santé dans les pays de l'OCDE. Ce phénomène a généré une littérature plutôt abondante sur les conditions organisationnelles supportant l'intégration des soins. Au début des années 2000, certains chercheurs ont porté un regard plus attentif à l'importance du rôle et de la place des professionnels dans ces nouveaux modèles d'organisation de soins et de services (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999; Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger, & Vallière-Joly, 2002; Leatt, 2000; Shortell, 2006; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson, & Mitchell, 2000).

Ces chercheurs ont mis en évidence que le changement introduit par la mise en place d'un réseau intégré représente beaucoup plus qu'un ajustement structurel (Levesque et al., 2009; Shortell, 2006; Shortell, Gillies, & Anderson, 1994; Shortell et al., 2000). Il a été démontré que les systèmes intégrés n'obtiennent de succès que s'ils atteignent un certain degré d'intégration de service du point de vue clinique (Lamarche et al., 2002; Shortell, 2006; Suter, Hyman, & Oelke, 2007). Il a aussi été démontré que la structure à elle seule, ne peut garantir l'actualisation de l'intégration des services et qu'il est nécessaire de considérer les aspects relationnels entre individus dans l'évolution des dimensions de l'intégration (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro, & Perreault, 2010). Les chercheurs affirment aussi que c'est au niveau de l'équipe clinique que se cristallisent les initiatives d'intégration par la coordination des activités de l'ensemble des professionnels et par la modification de leurs pratiques (Béland, Bergman, Lebel, & Clarfield, 2006; Brousselle et al., 2010; Denis et al., 2001; Denis et al., 1999; Lamarche et al., 2002; MacAdam, 2008; Shortell, 2006; Shortell et al., 1994; Shortell et al., 2000).

À cet égard, une majorité de chercheurs s'entendent sur le fait que l'intégration clinique ne peut se réaliser sans être précédée d'une vision et soutenue par des valeurs, une culture d'intégration et un leadership significatif (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001; Goodwin, Perri, Peck, Freeman, & Posaner, 2004; Grenier, 2011; Levesque et al., 2009; Walker, 2011). Ces auteurs soutiennent que pour assurer la réalisation de l'intégration clinique, l'alignement entre les systèmes de valeurs, de gestion ainsi qu'entre les systèmes techniques et professionnels sont nécessaires (Contandriopoulos, 2001; Gillies, Shortell, & Young, 1997; MacAdam, 2008; Shortell, 2006; Shortell, Gillies, Mitchell, & Morgan, 1993). Enfin, plusieurs reconnaissent que l'intégration clinique s'effectue lors d'un processus nécessitant une certaine maturation (Brousselle et al., 2010; Goodwin et al., 2004; Lamarche et al., 2002; Ring & Van de Ven, 1994; Shortell et al., 2000; Van de Ven & Poole, 1995).

Ces nouveaux modèles d'organisation de soins et de services souvent associés à l'intégration des soins et services, en plus de transformer les rapports entre les organisations, transforment les rapports intra et interprofessionnels (Lamothe, 2005). Ils commandent l'adoption de nouvelles technologies, approches et procédures cliniques et administratives (Goodwin et al., 2004; Grone & Garcia-Barbero, 2001; Leatt, 2000; Provan & Milward, 1995) lesquelles commandent à leur tour de nouvelles compétences et habiletés professionnelles et modifient les configurations professionnelles en stimulant des collaborations interdisciplinaires dans le but d'améliorer la coordination, l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Alter & Hage, 1993; Boisvert, Bonin, Couture, Dallaire, & Tourigny, 2006; D'Amour, Goulet, Labadie, Bernier, & Pineault, 2003; D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez, & Pineault, 2008; Kathol, Butler, McAlpine, & Kane, 2010; Leatt, Pink, & Guerriere, 2000; Sterling, Chi, & Hinman, 2011; Walker, 2011). Ils placent ainsi les professionnels de la santé dans une position particulière où ils sont appelés à remettre en question les caractéristiques et activités qui leur sont propres et à revoir leurs rapports et leurs façons de faire avec les autres professionnels évoluant dans leur organisation et dans les autres organisations impliquées (Béland et al., 2006; Brousselle et al., 2010; D'Amour et al., 2008; D'Amour, Tremblay, & Bernier, 2007;

Denis et al., 2001; Denis et al., 1999; Gillies et al., 1997; Lamarche et al., 2002; Levesque et al., 2009; MacAdam, 2008; Shortell, 2006; Shortell et al., 1994; Shortell et al., 2000; Shortell et al., 1993).

Cette situation laisse place à des changements dans les modes de pratique qui passent par des apprentissages organisationnels individuels et collectifs (Carroll & Edmondson, 2002; Gilson, Dunleavy, & Tinkler, 2009; Rashman, Withers, & Hartley, 2006; Tucker, Nembhard, & Edmondson, 2006). L'apprentissage organisationnel est un processus où les acteurs s'approprient des compétences et les traduisent dans des actions répondant aux finalités du réseau (Le Boterf, 2004b). Ce processus est complexe, car il mobilise des composantes environnementales, organisationnelles et professionnelles. En effet, l'apprentissage organisationnel est un processus dynamique qui, sous l'influence d'éléments environnementaux - culturels, économiques, sociaux et technologiques - transforme les composantes organisationnelles qui, à leur tour, peuvent favoriser ou limiter les possibilités d'apprentissages en agissant sur les professionnels et sur les autres acteurs du réseau.

Les professionnels, pour leur part, développent et actualisent des pratiques favorisant l'intégration clinique. Ces pratiques dites « stratégiques », peuvent être à la base d'apprentissages individuels et collectifs susceptibles de faciliter les interactions, de renforcer les connaissances et d'améliorer la gestion de l'information sur le processus. Elles peuvent aussi améliorer la capacité de résolution de problèmes ainsi que la gestion de la qualité tout en assurant un respect des alignements stratégiques de la mise en réseau au niveau de la vision, des priorités, du contenu des projets et des ressources impliquées.

L'émergence et le recours à ces pratiques stratégiques sont influencés par les ressources individuelles des professionnels et par la dynamique qui se joue entre ces acteurs. Ces dernières peuvent être vues comme des leviers ou des contraintes qui s'offrent aux professionnels évoluant dans un contexte teinté par la complexité et où ces acteurs découvrent et apprivoisent de nouveaux enjeux (Crozier & Friedberg, 1977). Ces enjeux sont susceptibles de produire une certaine confusion quant aux frontières dans les rôles, aux

responsabilités des acteurs, au pouvoir de décision et à l'imputabilité des résultats (Abbott, 1988). Ils peuvent ainsi, générer des incertitudes entre les acteurs qui deviendront, à leur tour, le fondement de jeux de pouvoir où le savoir et les structures sont les enjeux principaux qui peuvent être amoindris, contrôlés ou exacerbés par l'action des acteurs au travers du spectre de leurs intérêts et de leurs compétences aux différents niveaux du réseau (Crozier & Friedberg, 1977; Favereau, 1994; Friedberg, 1997). Ces intérêts de même que certaines compétences spécifiques sont fondamentales au développement de pratiques favorisant la mise en réseau. Ces compétences, citées de façon récurrente dans la littérature, sont : la capacité d'établir des relations de confiance, de négocier, de collaborer et d'exercer un leadership (D'Amour et al., 2007).

Les écrits ne laissent aucune ambiguïté à l'effet que l'intégration des soins s'actualise au niveau clinique, dans les actions quotidiennes (Béland et al., 2006; Brousselle et al., 2010; Denis et al., 2001; Denis et al., 1999; Lamarche et al., 2002; MacAdam, 2008; Shortell, 2006; Shortell et al., 1994; Shortell et al., 2000). Cette affirmation suscite nécessairement un questionnement sur la façon dont les professionnels arrivent à développer des pratiques favorisant l'intégration clinique ce qui est à la base de la présente étude. Il existe certes des écrits présentant des déterminants de l'intégration clinique tels que les facteurs professionnels, organisationnels et environnementaux agissant sur la capacité des acteurs à développer cette intégration clinique. Toutefois, aucun de ces écrits n'offre une perspective permettant de mieux comprendre le développement et l'évolution des pratiques en faveur de l'intégration des soins.

À cet égard, l'apprentissage organisationnel devient une voie intéressante pour mieux comprendre leur émergence et leur évolution. Certains auteurs présentent l'apprentissage organisationnel comme un processus dynamique, à multiple niveaux (Crossan, Lane, & White, 1999; Crossan, Lane, White, & Djurfeldt, 1995) incorporant des éléments cognitifs, comportementaux et sociaux (Rashman et al., 2006). D'autres auteurs approchent l'apprentissage organisationnel sous un angle individuel (Argyris & Schön, 1974; Argyris & Schön, 1978). Toutefois, tout comme pour les écrits sur l'intégration des

soins, aucune référence sur l'apprentissage organisationnel ne fait état du développement et l'évolution des pratiques favorisant l'intégration des soins.

Par ailleurs, les données empiriques permettent de voir que les professionnels et les gestionnaires des réseaux intégrés de services de santé, informés du bien-fondé de l'apprentissage organisationnel, multiplient les tentatives pour créer un environnement propice à ce dernier. Leurs démarches reposent sur les éléments que leur offre les écrits actuels. Or, au-delà des processus et de quelques conditions favorables aux apprentissages, les gestionnaires et les professionnels ne sont pas informés des pratiques favorisant les apprentissages organisationnels ni des autres facteurs soutenant le développement et l'évolution de ces pratiques. De fait, les écrits sur l'apprentissage organisationnel sont peu loquaces sur les facteurs organisationnels et sur les ressources individuelles qui peuvent agir sur le processus d'apprentissage et encore moins, dans le cadre de l'apprentissage organisationnel dans les réseaux intégrés de soins de santé.

Depuis les premières expériences d'intégration des soins, les infirmières jouent un rôle important où elles sont souvent placées dans des rôles de coordination. Ces dernières ont aussi contribué à la mise en place des réseaux et des pratiques intégrés en améliorant les connaissances et en assurant la diffusion de ces dernières. Et enfin, un nombre important d'infirmières ont actualisé les principes de l'intégration au quotidien, en occupant des fonctions favorisant la mise en réseau. Dans ce contexte, l'analyse des pratiques chez ces infirmières devient une source d'informations importantes et pertinentes pour identifier les pratiques stratégiques favorisant l'intégration des soins.

Cette recherche a pour objectif de découvrir si les infirmières ont recours à des pratiques favorisant un processus d'apprentissage organisationnel permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique et auquel cas, de comprendre la nature de ces pratiques, les facteurs qui entrent en jeu dans leur développement et leur évolution puis, de découvrir l'influence de ces pratiques sur l'apprentissage organisationnel.

L'apprentissage organisationnel (Crossan et al., 1999; Crossan et al., 1995) est l'approche théorique privilégiée pour expliciter ces différents éléments. Par ailleurs, l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997) sert de toile de fond pour mieux comprendre la dynamique du développement de ces pratiques dans un environnement global.

Les résultats de cette recherche, viendront enrichir les connaissances sur l'apprentissage organisationnel dans le contexte de l'intégration des soins et services de santé et, nous croyons que les résultats auront une utilité pour les gestionnaires et les professionnels impliqués dans les réseaux intégrés de services de santé.

Chapitre 2 - La recension des écrits

Afin de répondre aux objectifs de recherche, une recension des écrits portant sur l'intégration des soins et sur les réseaux intégrés de services de santé a été effectuée. Cette recension des écrits permet, dans un premier temps, de préciser les concepts relatifs à l'intégration, aux théories portant sur l'intégration dans les services de santé et de tenter de d'identifier des résultats de recherche sur la nature des pratiques et les conditions favorisant la mise en réseau.

Dans un deuxième temps, la recension des écrits porte sur l'apprentissage organisationnel qui fait état des facteurs et des compétences qui ont une influence sur le développement et l'actualisation des pratiques favorisant l'intégration (Goodwin et al., 2004). Bien que les écrits sur l'apprentissage organisationnel dans le cadre de l'intégration clinique soient peu abondants, il demeure que les concepts propulsés par ce courant théorique nous sont apparus suffisamment consistants pour s'y référer dans l'élaboration de notre cadre conceptuel.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (Crozier & Friedberg, 1977, 1995) qui porte sur la dynamique des acteurs, incluant les jeux de pouvoir, les enjeux et les facteurs l'influençant. Ces écrits venaient combler une carence observée autant dans les écrits sur l'intégration des soins que dans les écrits sur l'apprentissage organisationnel. De fait, les écrits sur l'intégration, abordent ces concepts de façon fragmentée ou sous un angle macroscopique, particulièrement lorsqu'il est question de la notion de pouvoir. Les écrits sur l'apprentissage organisationnel, font état quant à eux, de certains facteurs professionnels et organisationnels favorisant l'apprentissage mais abordent peu la façon dont ces facteurs sont impliqués dans l'apprentissage organisationnel.

Les réseaux intégrés de services de santé

Depuis les trente dernières années, certains phénomènes sociodémographiques, technologiques et économiques exercent de fortes pressions sur les systèmes de santé de plusieurs pays occidentaux (Chen, Kleinman, & Ware, 1994; Grone & Garcia-Barbero,

2001). Ces phénomènes ont un impact direct sur l'accessibilité aux ressources humaines, financières et matérielles dans le domaine de la santé faisant émerger l'idée de développer des systèmes ou réseaux intégrés de soins et de services de santé pour accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé, particulièrement en matière d'accessibilité et de coordination de services (Ackermann, 1992; Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell, & Morgan Erickson, 1993; Provan & Milward, 1995).

Finalités des réseaux intégrés de services de santé

Bien que l'impulsion initiale derrière les initiatives d'intégration répondent à des impératifs économiques et sociodémographiques (Grone & Garcia-Barbero, 2001), ces réseaux poursuivent l'objectif principal d'offrir le bon service, par le bon professionnel, au bon moment, dispensé au bon endroit et pour les personnes ou populations le nécessitant (WHO, 2008). L'atteinte de cet objectif passe par certaines exigences.

Les dispensateurs de soins et de services doivent notamment se centrer sur les besoins des usagers (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Or, les usagers désirent des services coordonnés minimisant le nombre de rendez-vous dans les différents lieux de services. Ils veulent aussi que les intervenants adoptent une approche globale à leur endroit et ils s'attendent à ce que les communications entre les professionnels qui les desservent soient fluides et adéquates (WHO, 2008).

Les dispensateurs doivent aussi travailler ensemble, pour réduire les duplications de services tout en assurant l'accessibilité, la continuité, la coordination des soins et services, dans un souci de qualité. Également, les dispensateurs doivent impliquer les usagers à toutes les étapes du processus de soins (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Leatt, 2000; Leatt et al., 2000).

En principe, ces éléments vont dans le sens d'une meilleure qualité des soins de santé et d'une amélioration de l'état de santé des personnes et des populations (Gillies, Chenok, Shortell, Pawlson, & Wimbush, 2006). L'actualisation de ces finalités appelle donc des changements considérables quant à la culture et aux valeurs mises de l'avant par les organisations de santé et par les professionnels y travaillant et appelle un changement de paradigme en faveur d'un passage des soins institutionnels vers un cadre ambulatoire et communautaire (ICIS, 2001; Leatt et al., 2000; Levesque et al., 2009).

Définitions des réseaux intégrés de services de santé

La littérature présente les réseaux en empruntant différents termes tels que soins partagés (*shared care*), gestion de soins (*disease management, case management*), soins continus (*continuous care*), soins intégrés (*integrated care pathways*) et réseaux intégrés de soins et de services de santé (*integrated delivery networks*). Peu importe l'appellation utilisée, ces stratégies ont pour but d'améliorer la coordination et l'intégration des services (Grone & Garcia-Barbero, 2001).

Le terme « intégration » vient du verbe latin *integer* qui signifie; compléter. L'adjectif « intégré » réfère aux moyens permettant de réunir un tout, de « mettre ensemble » ou de faire converger des éléments ou des composantes (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). L'intégration des soins, aussi appelée « intégration clinique », porte sur la convergence de l'offre, la gestion et l'organisation des services, à partir du diagnostic, en passant par le traitement, la réhabilitation et la promotion de la santé. L'intégration est un moyen pour assurer un meilleur accès aux services et pour améliorer la qualité et la satisfaction des usagers (Grone & Garcia-Barbero, 2001; WHO, 2001). L'intégration se réalise par des mécanismes et des actions favorisant la continuité et la coordination des services.

Un réseau est un modèle organisationnel caractérisé par ses liens inter-organisationnels et ses liens entre les organisations et les individus. Powell (1990b) précise qu'un réseau privilégie des relations égalitaires. Pour ce faire, il cherche à réduire les paliers hiérarchiques et à renforcer les liens entre les segments du réseau. Les réseaux se caractérisent par la quantité, la densité et la force des liens entre les organisations participantes ainsi que par l'étanchéité de leurs frontières ainsi que par leur niveau de formalisation (Goodwin et al., 2004).

D'une part, Shortell et ses collègues proposent une définition du concept d'intégration à partir d'une perspective structurelle. Ces auteurs définissent les réseaux comme une entité responsable d'offrir un continuum de services coordonnés à une population donnée et que cette entité est imputable des résultats sur les plans cliniques et financiers et du suivi de l'état de santé de la population (Gillies et al., 1993; Shortell et al., 1994). D'autre part, Alter et Hage (1993) et Contandriopoulos et ses collègues (2001),

abordent la notion d'intégration selon une perspective relationnelle définissant l'intégration comme l'aboutissement d'un processus social entre partenaires qui, en intensifiant leur coopération, arrivent à une meilleure coordination des ressources et des activités et ainsi réalisent une intégration des soins et des services.

Effets de l'intégration et des réseaux intégrés

Certains auteurs évoquent la nécessité d'effectuer des études pour mesurer les effets de l'intégration afin notamment de connaître si les réseaux intégrés répondent aux objectifs qui leur sont propres. Cette section a pour objectif de présenter les résultats de recensions d'écrits qui ont pour objectif de mesurer l'effet de l'intégration et des réseaux intégrés. À cet égard, trois recensions des écrits ont été identifiées dont deux portent sur les effets et une troisième, sur la mesure des effets.

Powell, Davies et collègues (2008) ont effectué une recension des écrits visant à identifier les différentes stratégies utilisées pour coordonner les soins dans les soins de santé primaires et entre les soins de santé primaires et d'autres services complémentaires en Australie et dans d'autres pays qui ont des systèmes de soins comparables pour mesurer l'efficacité de ces services.

Les auteurs ont d'abord effectué une typologie des stratégies pour coordonner les soins. Des 85 études répondant aux critères de sélection, 80 ont contribué aux résultats de cette recension des écrits. Cette dernière a révélé différents types de stratégies de coordination au niveau des patients et des dispensateurs de soins, puis aux niveaux organisationnel et systémique. Chez les patients et les dispensateurs de soins, six types de stratégies ont été identifiées. Ces stratégies ont par la suite été regroupées dans deux catégories : les arrangements structurels soutenant la coordination ainsi que le soutien et la communication aux dispensateurs de soins.

Au chapitre des stratégies relatives aux arrangements structurels soutenant la coordination, les deux tiers des études rapportent des résultats positifs sur la santé des patients tandis que le tiers des études affichent des résultats positifs sur la satisfaction des patients. Quant aux stratégies relatives au soutien et à la communication aux dispensateurs de soins, la moitié des études affichent des résultats positifs sur la santé des patients et près des deux tiers, rapportent des résultats positifs sur la satisfaction des patients. Les auteurs

affirment aussi que dans la moitié des études, il est été démontré que l'utilisation de multiples stratégies apportait de meilleurs résultats tant sur la santé que sur la satisfaction des patients.

Davies et collègues (2011) ont effectué une recension des écrits visant à évaluer les différentes approches de soins et de services intégrés relatifs aux personnes âgées hébergées dans la communauté en Grande-Bretagne et ont identifié les conditions facilitant et contraignant le travail en réseau. Les auteurs ont découvert 17 études répondant à cet objectif, dont dix études quantitatives, quatre études qualitatives, deux évaluations de processus, une étude comportant une méthode mixte. Dans la mesure où l'intégration des soins a pour objectifs d'assurer la continuité des soins, de réduire la duplication et la fragmentation des services et d'ajuster l'offre de services pour répondre aux besoins du patient, les auteurs affirment que cette recension des écrits a identifié un nombre limité d'études où l'intervention supportait le travail intégré entre les résidences pour personnes âgées et les professionnels des soins primaires. Ils prétendent aussi que la majorité des études ne relatent pas les besoins des personnes hébergées dans la communauté ou le contexte et l'organisation de leurs soins et services et enfin, que les résultats des études reflètent davantage les priorités des professionnels de soins que ceux des résidents.

Par ailleurs, cette recension des écrits permet de dégager les leviers et les barrières à l'intégration clinique. Ainsi, certaines études suggèrent que le travail en réseau a le potentiel d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées hébergées dans la communauté tout en favorisant l'accès aux services de santé. De plus, un certain nombre d'études démontrent l'influence positive des services intégrés sur le soutien et la formation du personnel et affirment qu'il s'agit d'un enjeu important. Ces études précisent que le manque de soutien peut devenir une barrière au travail en réseau et ultimement, à la qualité des soins. D'autres barrières sont identifiées dans cette recension des écrits dont, le manque de reconnaissance de l'expertise de l'équipe de soins dans la communauté, le manque d'accès aux services de santé et le roulement de personnel. Par ailleurs, certains éléments facilitant le travail en réseau sont mis en évidence dont, le soutien des gestionnaires, le temps réservé à l'équipe pour de la formation et du soutien professionnel ainsi que la présence d'équipes multidisciplinaires. La recension des écrits de Davies et collègues (2011) a aussi permis de confirmer que l'évaluation conjointe, les cadres de référence et la

documentation partagée facilitent la continuité des soins et des services et limitent les effets pervers liés au roulement de personnel. Ces chercheurs concluent qu'il est urgent de développer et de tester des interventions qui feront la promotion du travail intégré et de se préoccuper des dispensateurs de soins indépendants qui ne font pas parti des réseaux.

Strandberg-Larsen & Krasnik (2009) quant à eux, ont effectué une recension des écrits sur les différentes méthodes utilisées pour mesurer l'offre de soins de santé intégrée en mettant l'accent sur des aspects structurels, culturels et processuels. Ces derniers relient les aspects structurels aux mécanismes qui sont ou qui devraient être mis en place à l'intérieur ou entre les organisations pour indiquer le degré d'intégration (ex. documents de référence, guides de pratique, algorithmes, systèmes d'information, gestion du réseau, regroupement de ressources, etc.). Les aspects culturels quant à eux, réfèrent à la volonté d'agir tandis que les aspects processuels renvoient aux processus de coordination en place. Leur recension des écrits a permis d'identifier 24 méthodes différentes pour mesurer l'offre de soins intégrés dans vingt-quatre études. Quinze études font état des aspects structurels, douze réfèrent aux aspects processuels parmi lesquels, douze abordent les aspects processuels et cinq font état d'aspects culturels.

Cette recension des écrits confirme que les méthodes pour mesurer l'offre de soins intégrés sont en émergence et que certaines d'entre elles sont applicables, car elles offrent des outils concrets à la fois pour les gestionnaires et pour les chercheurs. Toutefois, les auteurs prétendent que les recherches doivent se poursuivre pour assurer la validité et la consistance de ces mesures. Ces derniers notent par ailleurs, que presque toutes les méthodes identifiées se basent sur des modèles théoriques, mais que ces derniers gagneraient à être testés empiriquement. De plus, ils insistent pour que des travaux se poursuivent afin de clarifier les relations entre les concepts centraux de l'intégration, les interactions avec les patients et les résultats sur les coûts. Cette recension des écrits offre des informations pertinentes notamment, sur les différents aspects d'analyse (cf. structurel, culturel et processus) permettant ainsi, de mettre en évidence que peu de recherches s'intéressent aux aspects culturels.

En résumé, malgré les différentes limites soulevées dans les recensions des écrits, ces dernières indiquent que l'intégration clinique et les réseaux intégrés auraient une influence favorable sur l'état de santé et à la satisfaction des usagers. Elles suggèrent aussi que le

travail en réseau améliorerait la qualité de la vie des usagers et la qualité de vie au travail en matière de soutien professionnel et de formation, ce qui serait susceptible d'influencer la qualité des soins, mais peu d'études démontrent une diminution des coûts. Par ailleurs, ces recensions d'écrits viennent préciser les leviers et barrières à l'intégration qui font partie des caractéristiques et de déterminants de l'intégration.

Enfin, plus d'une recension d'écrits affirment que la majorité des études sont orientées sur la dispensation des services et négligent les aspects liés aux priorités des usagers et à la demande de services. Pour les auteurs, le point de vue de l'utilisateur doit être considéré, car il peut influencer positivement les stratégies d'intégration ainsi que l'efficacité et l'efficacité du réseau. Ces derniers font l'observation qu'il y a un vide quant aux stratégies pour faire la promotion du travail intégré.

Perspectives théoriques influençant l'analyse des réseaux

Goodwin et collègues (2004) présentent différents courants théoriques qui permettent de mieux comprendre et d'analyser les réseaux intégrés de services de santé. Les courants théoriques identifiés par ces auteurs sont : « *rational choice and transaction cost theories, organisation competency and learning theories, neo-Simmelian perspectives, new institutionalist perspectives, ecological perspectives, problem / technology contingency perspectives, macro-economic and technological determinist perspectives, Weberian perspectives, socio-technological perspectives cf. actor network theory & neo-Durkheimian perspectives* ». Certains de ces courants théoriques se situent à un niveau « micro », c'est le cas de la perspective néo-Simmélianiste tandis que d'autres présentent une perspective historique et se situent au niveau « macro » tels que le courant Weberien et les théories macro-économique et technologique. Bien que ces perspectives théoriques appellent différents types d'évidences, ces auteurs précisent qu'elles ne s'opposent pas nécessairement. Ce qui permet d'affirmer qu'elles ne doivent pas être considérées comme des rivales mais comme des alternatives. Ces courants théoriques contribuent à définir les types et les formes de réseaux et ultimement, à préciser les déterminants des réseaux intégrés de services de santé.

Parmi les perspectives théoriques énoncées par Goodwin et collègues (2004), l'« *organisation competency and learning theories* », en plus de se rapprocher des

objectifs de cette étude, semble prometteuse quant à son potentiel pour générer de nouvelles connaissances en regard des autres théories proposées. En effet, ce courant théorique considère les organisations par la maximisation des bénéfices, particulièrement au niveau des compétences et des capacités. Dans cette optique, les organisations engagées dans la mise en réseau portent un jugement astucieux sur les compétences requises en lien avec leur développement futur. Par ailleurs, les partenariats recherchés par ces organisations sont axés sur l'amélioration de leurs compétences fondamentales et sur la capacité de générer un partage efficient et efficace des mandats et du travail avec les partenaires. Ce courant théorique cherche à préciser la nature des apprentissages et la gestion des connaissances que les organisations poursuivent et qui influencent leurs liens internes et externes. Il a influencé le développement du concept de communauté de pratiques ou de réseaux favorisant le développement et le partage des apprentissages (Tsoukas & Vladimirou, 2001; Wenger, 1998).

Dimensions de l'intégration

L'intégration se décrit en fonction de différentes dimensions référant à la forme, au niveau et au type d'intégration. Ces dimensions réfèrent aux aspects structurels ou cliniques de l'intégration et permettent notamment de catégoriser les réseaux ou les initiatives d'intégration.

La forme d'intégration

La mise en place d'un réseau intégré de soins suppose le rapprochement d'établissements de missions similaires ou complémentaires qui peut prendre différentes formes représentant autant de façons d'organiser la coopération à la fois entre organisations et entre professionnels (Leatt, 2000; Shortell et al., 2000).

L'intégration verticale réfère à l'union d'établissements de missions complémentaires à l'intérieur d'une même structure (Conrad & Shortell, 1996; Gillies et al., 1993; Robinson & Casalino, 1996; Shortell, 2006; Shortell et al., 2000; Thaldorf & Liberman, 2007). Tandis que l'intégration horizontale est associée au rapprochement d'établissements portant des missions similaires pour améliorer la coordination (Conrad & Dowling, 1990 ; Grone & Garcia-Barbero, 2001). Dans tous les cas, l'intégration verticale

implique des ententes formelles. Tandis que dans le cas de l'intégration horizontale, il peut y avoir des ententes formelles mais aussi, des ententes non formelles que certains auteurs qualifient d'alliances virtuelles (Goodwin et al., 2004; Robinson & Casalino, 1996; Zuckerman, Kaluzny, & Ricketts, 1995). Les alliances virtuelles agissent sur les processus d'adaptation entre acteurs ou entre organisations autonomes et indépendantes en aménageant les relations par la négociation (Robinson & Casalino, 1996). Selon Robinson et Casalino (1996), bien qu'à priori, l'intégration verticale et les ententes formelles aient été largement privilégiées dans la mise en place des réseaux intégrés (Shortell et al., 2000), l'alliance virtuelle pourrait fort bien être la meilleure stratégie pour favoriser les mécanismes de coordination, qui représente l'élément central de l'intégration (Rodriguez, 2000).

Le niveau d'intégration

Les écrits précisent trois niveaux d'intégration, le niveau systémique, organisationnel et clinique (Edwards & Miller, 2003a, 2003b). Le niveau systémique inclut les activités relatives à la planification stratégique, au financement et à l'éligibilité et à la couverture de services à l'intérieur d'un secteur géographique. Le niveau organisationnel réfère à la coordination et à la gestion d'activités de soins aigus, primaires, communautaires ou de réhabilitation dispensés par des établissements ou des individus. Enfin, le niveau clinique est relatif aux soins et au soutien offert directement par les intervenants. Selon certains auteurs, le manque d'intégration dans un niveau, limiterait d'autant l'intégration entre les différents niveaux (Kodner & Kyriacou, 2000).

Le type d'intégration

Leutz (1999) décrit trois types d'intégration : la liaison, la coordination et l'intégration complète. Ces types d'intégration viennent préciser le niveau clinique décrit précédemment. Ces derniers correspondent à des clientèles particulières présentant des problématiques dont la gravité appelle des interventions différentes, d'intensité variable. Ces distinctions sont importantes puisque Leutz (1999, 2005) a démontré notamment qu'un seul type d'intégration ne pouvait convenir aux besoins de toutes les clientèles. Les caractéristiques reliées à chacun des types d'intégration sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 - Types d'intégration (Leutz, 1999)

	INTÉGRATION COMPLÈTE	COORDINATION	LIAISON
Clientèle	En perte d'autonomie	Plus ou moins autonomes Nécessitant une attention spéciale	Autonome
Gravité de la problématique	Condition instable Intensité des soins modérée à sévère	Condition stable Intensité des soins modérée à sévère	Condition stable Besoins émergents Faible intensité des soins
Types d'interventions	Équipe multidisciplinaire qui a la responsabilité de gérer tous les soins Gestionnaire de cas qui coordonne tous les services dispensés	Implication d'un professionnel de liaison ou d'un gestionnaire de cas Suivi et liaison avec planification des soins et services	Soins primaires Éducation Référence Suivi et liaison sans processus formel de gestion de soins

Caractéristiques des réseaux

Un certain nombre d'éléments caractérisent les réseaux intégrés de soins. Ces caractéristiques se rapportent à la structure, au processus et au contenu (Goodwin et al., 2004).

Au niveau de la structure, on retrouve la forme d'intégration et le degré de formalisation (Conrad & Dowling, 1990; Conrad & Shortell, 1996; Gillies et al., 1993; Goodwin et al., 2004; Grone & Garcia-Barbero, 2001; Shortell, 2006; Shortell et al., 2000; Thaldorf & Liberman, 2007; Zuckerman et al., 1995) que nous avons décrits précédemment auxquels s'ajoutent, le degré de centralisation (Provan & Milward, 1995), la densité (le nombre de liens potentiels entre les membres du réseau), la force des liens et la symétrie entre les différents segments du réseau (isomorphisme) (Goodwin et al., 2004).

Le processus, pour sa part, renvoie aux types d'activités conduites entre les partenaires organisationnels en matière de développement de services acquis ou consolidés conjointement. Le processus réfère aussi aux approches de gestion des réseaux. À cet égard, l'intégration est associée à deux approches (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). La première, qualifiée de descendante (*top down*), est prescriptive et est influencée par la quête de performance et d'optimisation des organisations. La seconde approche, désignée d'ascendante (*bottom up*), est centrée sur le patient. Cette approche, plutôt inductive, cherche à ajuster l'offre de services aux besoins des groupes de patients tout en tenant compte des limites du système existant. Enfin, le processus renvoie aux styles d'apprentissages c'est-à-dire, à la nature des apprentissages et à la gestion des

connaissances que les organisations poursuivent et qui influencent leurs liens internes et externes.

En dernier lieu, le contenu fait référence aux éléments qui composent le réseau et qui supportent les interventions au sein de ce dernier (ex. information, budgets, capacités, autorité, autonomie, support émotionnel, etc.) (Goodwin et al., 2004).

Déterminants de l'intégration

Les écrits précisent un certain nombre de déterminants favorisant le développement et l'opérationnalisation des réseaux intégrés de soins et de services de santé (Kodner, 2006; Kodner & Kyriacou, 2000; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Leutz, 1999, 2005). Pour Kodner et al. (2002), l'application de ces derniers est important non seulement pour l'atteinte de résultats chez les usagers mais aussi, pour de meilleurs résultats en matière d'efficacité et de coûts. Ces déterminants qui ont été cités à multiples reprises, se regroupent sous cinq domaines : le financement, la gouvernance, l'organisation, la dispensation des soins et services et enfin, la clinique (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

- Le financement réfère aux opérations consistant à procurer ou à obtenir les fonds nécessaires à la réalisation d'un projet ou d'une activité, au fonctionnement d'une organisation, à l'acquisition d'actifs, de produits, de biens et de services. Il affecte tous les aspects du réseau intégré de soins et de services.
- La gouvernance comprend les politiques et orientations gouvernementales ainsi que les mécanismes de régulation structurés.
- Le domaine organisationnel renvoie aux formes et aux types de réseautage (horizontal, vertical, formel ou informel), à la nature du travail et des arrangements à l'intérieur et entre les institutions et les dispensateurs de soins et services qui est susceptible d'améliorer la façon dont les organisations travaillent ensemble (Powell, 1990a).
- La dispensation des soins et services prévoit le partage des responsabilités et des tâches, le travail de collaboration et la formation des dispensateurs de services. Elle présente une offre de services variée (Alter & Hage, 1993), continue et alignée sur les besoins des patients tout en considérant les limites du système (cf. disponibilité, accessibilité des services).
- La clinique se manifeste par une compréhension commune des besoins des usagers et un langage professionnel commun impliquant l'utilisation de pratiques cliniques harmonisées, de standards de pratiques et de critères communs. La communication continue entre dispensateurs de soins et usagers sont les ingrédients de qualité essentiels pour l'intégration clinique.

Ces domaines représentent autant de leviers que de barrières dans l'actualisation de l'intégration clinique. En complément, d'autres facteurs viennent contribuer à l'intégration clinique. Ces facteurs sont la confiance, la collaboration, le leadership et la négociation (D'Amour et al., 2007; Goodwin et al., 2004; Grenier, 2011; Hansson, Øvretveit, Askerstam, Gustafsson, & Brommels, 2010; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Maslin-Prothero & Bennion, 2010; Provan, Lamb, & Doyle, 2004; Provan, Milward, & Roussin Isett, 2002; Shortell, 2006; Shortell et al., 2000).

En résumé, cette recension des écrits, précise les concepts reliés à l'intégration clinique, aux réseaux intégrés de services de santé et aux finalités de ces derniers. Elle met aussi en évidence, les dimensions, les caractéristiques et les déterminants de l'intégration et des réseaux intégrés. Elle livre aussi des informations sur les leviers et les barrières à l'intégration. À cet égard, les écrits soulignent que peu de recherches s'intéressent aux aspects culturels de l'intégration.

La recension des écrits a permis de porter un regard sur les différents courants théoriques soutenant l'analyse et la définition des réseaux intégrés de santé. Cette démarche a conduit à l'identification d'un courant théorique compatible avec les objectifs de cette étude appelé : « *organisation competency and learning theories* ».

Au terme de cette recension des écrits quelques carences théoriques sont identifiées. Premièrement, les informations émanant des écrits (Davies et al., 2011) sont généralement orientées sur la dispensation des services et négligent les priorités des usagers et à la demande de services exprimée par ces derniers. Ce constat ne sera pas traité dans cette étude puisqu'il ne rejoint pas les objectifs de cette dernière.

La deuxième observation est au cœur des propositions mises de l'avant dans cette étude. Ainsi, à l'exception de l'utilisation de pratiques cliniques harmonisées, de standards de pratiques et de critères communs, la recension des écrits n'a pas permis de découvrir de travaux faisant état de pratiques favorisant l'intégration clinique. De plus, bien que certains écrits fassent état de processus d'apprentissages, aucun écrit ne fait allusion à la dynamique soutenant le développement de ces pratiques.

Ces constats démontrent l'importance de s'appuyer sur des assises conceptuelles permettant de mieux comprendre d'une part, comment les acteurs et les organisations

arrivent à faire des apprentissages leur permettant d'évoluer et d'opérationnaliser des changements et d'autre part, d'identifier les différents facteurs qui entrent en jeu dans ces apprentissages et la façon dont ces derniers sont impliqués. Ces assises réfèrent aux écrits sur l'apprentissage organisationnel et sur l'analyse stratégique.

L'apprentissage organisationnel

Un certain nombre de notions relatives à l'apprentissage organisationnel méritent d'être approfondies pour mieux comprendre les éléments impliqués et la façon dont ces derniers sont mobilisés pour permettre les différents apprentissages. Ainsi, après avoir effectué un court retour historique sur le développement du concept d'apprentissage organisationnel, nous nous attarderons plus particulièrement au processus d'apprentissage organisationnel.

Le concept d'apprentissage organisationnel tire ses origines du domaine de la psychologie. L'application de l'apprentissage au niveau organisationnel est apparue dans les pratiques industrielles depuis les années 1980. L'apprentissage organisationnel était perçu initialement comme une grappe d'apprentissages individuels, de formations pratiques visant le développement professionnel. Certaines approches ont d'ailleurs marqué le développement de l'apprentissage individuel. Parmi ces dernières, on retrouve celles reliées aux théories behaviorale, cognitive et sociale-cognitive (Rashman et al., 2006).

Dès son apparition, le concept d'apprentissage organisationnel a aussi été associé au concept d'organisations apprenantes avec la création du processus d' "*action learning*" (Revans, 1982). Plusieurs travaux ont contribué à ouvrir le débat autour de ce concept et à le rendre populaire. Nous faisons référence ici aux travaux d'Argyris et Schön (1978) avec leur notion de double-boucle d'apprentissage, à Senge (1991) avec la "Cinquième discipline" et à Pedler, Burgoyne & Boydell (1991) avec le "*learning company model*". Toutefois, ce n'est qu'à la fin des années 1990, que Garratt (1999) -inspiré par les travaux de deux fondateurs des démarches de qualité, Deming et Juran- a jeté les bases et les principes scientifiques de l'apprentissage organisationnel dans le domaine du management.

Le processus d'apprentissage

Plusieurs travaux dans le domaine de l'apprentissage organisationnel ont cherché à mieux comprendre les processus dans lesquels s'engagent les acteurs lorsqu'ils font face à des problèmes dits complexes conduisant ces derniers à recourir à de nouvelles façons de faire.

À cet égard, Schön (1994) a mis en évidence que certains acteurs dans cette situation avaient recours à des méthodes de travail où, l'expérimentation de type « essai-erreur » et où, l'intuition et la débrouillardise étaient nécessaires. Schön révèle que les professionnels vont bien au-delà des aspects strictement techniques et que les contextes à l'intérieur desquels évoluent ces professionnels, qui se caractérisent par l'incertitude et l'instabilité, forcent ces derniers à confronter les évidences et les conventions établies, pour laisser place à de nouvelles façons de faire porteuses de changements. Selon ce dernier, les acteurs qui font face à des situations complexes élargissent le cadre de ce qu'ils considèrent comme faisant partie de leurs problèmes professionnels en intégrant un questionnement sur leurs propres valeurs. Ils réfléchissent sur leur rôle, sur les contextes en mouvance et sur les finalités attendues ce qui les amène à se questionner quant aux limites qu'imposent les situations complexes et donc, à réfléchir en cours d'action et sur l'action en cours (Schön, 1994).

Selon Argyris et Schön (1978; 1999), le fait d'être confronté à des situations complexes et singulières est susceptible de produire deux réactions chez les acteurs professionnels. Soit qu'ils se replient en adoptant des attitudes défensives, axées sur des aspects opérationnels ou au contraire, qu'ils privilégient un modèle d'apprentissage accordant de l'espace à la confrontation des points de vue et des émotions, pour que tous les acteurs accèdent à l'information leur permettant d'opter pour un processus de travail qui mène à l'appropriation de connaissances, à la contextualisation et éventuellement, à la genèse de solutions (Argyris & Schön, 1999). Ce modèle d'apprentissage, qui se rapproche des finalités du courant de l'apprentissage individuel, est renforcé dans une structure démocratique où le mode de production de connaissances valorise l'interdisciplinarité et les habiletés hétérogènes appliquées dans un contexte de pratique en évolution favorisant ainsi, une plus grande imputabilité sociale (Gibbons, 2003). Ce modèle d'apprentissage stimule,

chez les professionnels, une implication susceptible de favoriser un changement des valeurs rattachées à leur théorie d'usage¹.

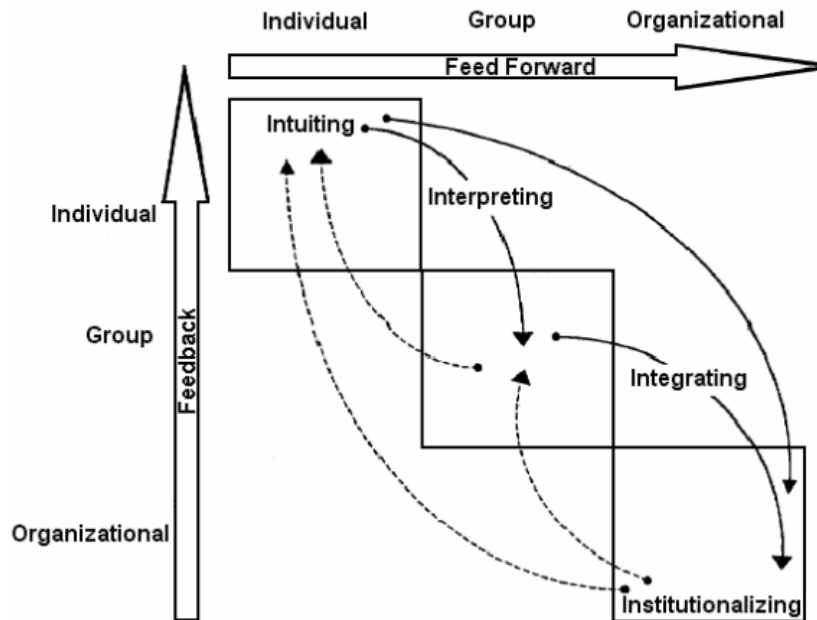
Le modèle d'apprentissage énoncé par Argyris et Schön (1978), à l'instar d'autres auteurs (Crossan *et al.*, 1995) implique à la fois les niveaux d'apprentissage individuel, de groupe et organisationnel incluant le niveau inter-organisationnels. Argyris et Schön affirment que les acteurs au sein des organisations sont les agents de changement organisationnel par excellence car ils peuvent identifier les erreurs dans le système organisationnel. Une fois l'erreur identifiée, l'organisation doit tirer des apprentissages de ses erreurs. Ces chercheurs ont découvert que l'on peut considérer qu'une organisation apprend quand, en plus de détecter l'« erreur de système », elle arrive à la corriger non pas en modifiant uniquement le comportement des individus, mais en modifiant le « programme maître ou les valeurs stratégiques » de l'organisation. C'est ce qu'ils appellent la double boucle d'apprentissage permettant des ajustements simultanés tant, au niveau des stratégies d'action que des valeurs reliées à la gouverne. Pour Argyris et Schön, les groupes et organisations sont soit des leviers ou des barrières à l'apprentissage.

Crossan, Lane et White (1999), proposent un cadre conceptuel influencé par le concept de double boucle d'apprentissage d'Argyris et Schön (1978) dans lequel ils intègrent le concept d'exploration et d'exploitation (March, 1991) favorisant le renouvellement d'une organisation. Ces concepts, appliqués aux différents niveaux d'apprentissage présentent un processus itératif et évolutif en quatre phases que l'on appelle les 4 « I » (intuition, interprétation, intégration et institutionnalisation) qui favorisent le passage de l'apprentissage individuel à l'apprentissage organisationnel.

Le modèle de Crossan et al. (1999), tel que présenté dans la figure 1, stipule que l'apprentissage organisationnel est un processus à multiples niveaux : individuel, de groupe et organisationnel. L'apprentissage se caractérise par la création et l'application de connaissances s'inscrivant dans une dynamique bidirectionnelle entre ces niveaux. Plus spécifiquement, Crossan affirme qu'il existe quatre phases liant les niveaux.

¹ Théorie d'usage : représentations évolutives que les acteurs se forgent «à partir de ce qu'ils font» et qui contribuent à la création et au maintien du système d'apprentissage (Argyris & Schön, 1978; Argyris & Schön, 1999).

Ces phases sont l'intuition, l'interprétation, l'intégration et l'institutionnalisation qui se définissent de la façon suivante (Crossan et al., 1999, p. 525). L'intuition est la perception préconsciente de modèles ou de possibilités inhérentes à un courant d'expériences personnelles. Cette phase affecte le comportement de l'individu « intuitif » et affecte seulement les autres individus qui tentent d'inter agir avec l'individu « intuitif ». Selon ces auteurs, cette phase est de niveau individuel et est susceptible de produire des expériences, images et métaphores. L'interprétation quant à elle, est l'explication d'une intuition, d'une connaissance ou d'une idée, d'une personne à une autre. Cette phase va du non verbal au verbal et requière le développement du langage. Elle s'amorce au niveau individuel pour passer au groupe. Elle s'actualise par le dialogue et les conversations produisant un langage et des cartes cognitives communs. L'intégration réfère au processus de développement d'une compréhension commune entre individus et d'utilisation d'actions coordonnées avec le recours d'ajustements mutuels. Le dialogue et les actions effectuées de façon conjointe sont cruciaux pour le développement d'une compréhension partagée. Cette phase sera initialement « *ad hoc* » et informelle, mais si des actions coordonnées deviennent signifiantes et récurrentes, elles seront éventuellement « institutionnalisées ». Cette phase appartient d'abord au groupe, mais peut se transposer au niveau organisationnel. Elle s'actualise par des ajustements mutuels et une compréhension partagée puis se manifeste par des systèmes interactifs. L'objet de cette phase est l'accomplissement d'actions collectives cohérentes. Enfin, l'institutionnalisation représente la phase qui assure la production d'actions routinisées (*sic*). Les tâches seront définies, les actions spécifiées et les mécanismes organisationnels seront mis en place pour assurer la présence de certaines actions. L'institutionnalisation est la phase incorporant l'apprentissage produit par les individus (groupes) dans les institutions de l'organisation incluant les systèmes, les structures, les procédures et les stratégies. Cette phase se situe au niveau de l'organisation et génère des routines, des diagnostics de systèmes, des règles et des procédures. Ces quatre phases forment des boucles rétroactives qui viennent alimenter les apprentissages tant chez les acteurs individuels que chez les acteurs organisationnels.

Figure 1 - Modèle de Crossan *et al.* (1999)

Éléments de l'apprentissage organisationnel dans la mise en réseau

Les écrits sur les réseaux intégrés de services de santé impliquant la notion d'apprentissage organisationnel ne sont pas très nombreux.

Certains auteurs présentent des concepts généraux qui sont susceptibles de s'appliquer dans un contexte de mise en réseau. Les concepts qu'on y retrouve portent sur les communautés de pratique (Brown & Duguid, 1991; Wenger, 1998) et sur la notion de savoirs implicites ou explicites qui ont une influence sur le partage et la dissémination des apprentissages (Nonaka, 1994; Polanyi, 1966). D'autres auteurs établissent des liens entre les styles de réseaux et les concepts d'exploitation et d'exploration tels que décrits par March (1991). (Goodwin et al., 2004).

Les écrits font état également de la notion de pérennité des apprentissages. En ce sens, des chercheurs ont mis en lumière les problèmes d'apprentissage organisationnel en insistant sur les aspects institutionnels de la circulation de l'information dans les organisations et sur la mémoire et l'oubli organisationnel (Thompson and Wildavsky, 1986; Rayner, 1982; Douglas, 1986 dans Goodwin, 2004).

Par ailleurs, certains éléments retiennent l'attention lorsqu'il est question d'apprentissage organisationnel dans les réseaux intégrés de services. Ces éléments sont le leadership, les valeurs reliées à la culture de l'amélioration continue, l'apprentissage organisationnel intégré au quotidien et la structure organisationnelle alignée sur l'apprentissage organisationnel (Smith Milway & Saxton, 2011). En regard du leadership, notons qu'au cours des dernières années, Crossan et ses collègues ont porté une attention particulière à cette question dans le processus d'apprentissage organisationnel (Vera & Crossan, 2004) où ces auteurs présentent le leader transcendant. Celui-ci est un leader stratégique qui a une influence sur lui-même en étant éveillé et proactif pour se permettre de développer ses forces. Il agit aussi sur les autres en appliquant des mécanismes d'influence interpersonnels et enfin, il exerce une influence organisationnelle en alignant trois composantes qui sont inter relié soit : l'environnement, la stratégie et l'organisation (Crossan, Vera, & Nanjad, 2008).

Plus récemment, la notion de « *network learning* » est apparue dans les écrits. Cette notion réfère à l'apprentissage par un groupe d'organisations en tant que groupe (Knight & Pye, 2005). Ces auteurs proposent un modèle conceptuel dynamique composé de trois éléments : le contexte, le processus et le contenu. Le contexte réfère aux aspects internes et externes au réseau qui interagissent entre eux et qui influencent le processus. Le processus quant à lui, est défini comme un épisode où se développe un sens partagé qui implique entre autres les valeurs, l'identité, les schèmes cognitifs. Le processus suppose également une implication des acteurs qui conduit au développement de méthodes. Les méthodes s'appuient sur les technologies, les structures, les relations, les systèmes et les ressources pour créer un outil ou un processus (ex. l'élaboration de protocoles). Le troisième élément du modèle est le contenu. Le contenu est le résultat du processus qui peut s'actualiser au niveau des structures, des pratiques ou des interprétations. Les interprétations réfèrent aux priorités liées aux valeurs mises de l'avant dans l'organisation. Les auteurs suggèrent que ces valeurs sont placées sur certaines fonctions, sur le confort et sur les apparences. Ces écrits sur le « *network learning* » s'inspirent grandement de ceux de Crossan et coll. (1999), car ils présentent en d'autres termes, les concepts des phases, du processus dynamique et du niveau d'apprentissage en y ajoutant des dimensions se rapprochant des écrits sur les réseaux intégrés.

En bref, les quelques écrits faisant état d'apprentissage organisationnel dans un contexte d'intégration clinique soulèvent que les notions relatives aux niveaux d'apprentissage ainsi que le processus qui favorise le passage du savoir implicite au savoir explicite de même que la démarche conduisant à la pérennisation des apprentissages dans un contexte où plusieurs organisations sont impliquée mériteraient d'être explorés plus à fond afin d'en développer une meilleure compréhension.

En conclusion, les écrits sur l'apprentissage organisationnel font état de phases ou d'étapes d'apprentissages, présentent ce concept comme un processus dynamique, discutent de différentes approches d'apprentissage organisationnel, font état de manifestations d'apprentissages organisationnels et précise quelques facteurs individuels ou organisationnels qui peuvent avoir une influence sur l'apprentissage organisationnel. Toutefois, notre recension des écrits ne nous a pas permis de trouver de référence scientifique ni sur les pratiques stratégiques favorisant des apprentissages organisationnels, ni sur les facteurs soutenant le recours à ces pratiques.

L'analyse stratégique

L'analyse stratégique soutient que l'organisation est un construit social qui existe et se transforme seulement si, d'une part, il peut s'appuyer sur des jeux qui intègrent les stratégies de ses participants et si, d'autre part, il assure à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératifs (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997) .

L'analyse stratégique s'attarde aux processus d'organisation qui se déploient dans des champs d'action particuliers, permettant ainsi de structurer, stabiliser et réguler les rapports entre les coalitions d'acteurs individuels ou organisationnels liés par des interdépendances stratégiques autour d'intérêts communs. Dans la lunette de l'analyse stratégique, l'organisation n'est pas vue comme une structure formelle, mais comme un construit dont les frontières sont fluctuantes selon les circonstances et les opportunités.

Dans l'analyse stratégique, les acteurs sont considérés comme faisant partie d'un système d'action où ils découvrent, avec la marge de liberté dont ils disposent, leurs véritables responsabilités. Les acteurs évoluant dans ces systèmes sont portés par des intérêts divergents, voire contradictoires, qui forment un champ de coopération et d'interdépendance que Crozier appelle un ensemble de «jeux structurés». Les pratiques des

acteurs professionnels se caractérisent par des processus et des dynamiques qui sous-tendent des mouvements de négociation entre acteurs autonomes qui cherchent à coopérer (Crozier & Friedberg, 1977; Lazega, 1999).

Mais une foule d'incertitudes liées au caractère indéterminé des ressources techniques, technologiques, managériales, informationnelles, cliniques et économiques relatives à la structure du réseau interfèrent dans ce champ de coopération. Ces incertitudes ainsi que les multiples objectifs poursuivis par les acteurs sociaux, font apparaître des jeux de pouvoir. Les jeux de pouvoir constituent des instruments de régulation dans la résolution de problèmes tandis que le comportement des acteurs représente l'expression d'une stratégie dans un jeu, dans un ensemble de contraintes à découvrir.

Pouvoir et incertitudes

Il existe différents types de pouvoir selon les différentes sources d'incertitudes. Ainsi, la maîtrise de compétences particulières, les relations de l'acteur avec les autres acteurs du système et avec son environnement, la maîtrise de la communication et de l'information et, enfin, la connaissance et l'utilisation de règles structurelles ayant pour but de supprimer ou générer des incertitudes, constituent autant de zones de pouvoir pour l'acteur et l'organisation. Le pouvoir se joue donc autant du côté de l'acteur professionnel que de la structure qu'est le réseau. Les acteurs cherchent de leur côté, les zones d'incertitudes dans l'asymétrie pour agir sur l'organisation des pratiques interprofessionnelles tandis que de l'autre côté, l'organisation ou le réseau passe par la contrainte ou la persuasion pour réguler les incertitudes en matière de coordination inter organisationnelle.

Les conditions, facteurs et stratégies, à travers lesquels les acteurs parviennent à trouver leur coopération, limitent les capacités d'action, de développement et de changement d'un ensemble, comme de chacun de ses membres. Cela justifie la nécessité d'identifier ces contraintes en mettant en lumière « les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d'action » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 392).

Les conditions, facteurs et stratégies sont constitués d'aspects contextuels, de ressources individuelles et de facteurs organisationnels qui sont susceptibles de stimuler les stratégies des acteurs et de réguler le réseau.

Aspects contextuels

Crozier et Friedberg (1977) affirment aussi qu'au-delà du jeu des acteurs et des contraintes structurelles, il est nécessaire de considérer les aspects contextuels car les éléments qui les composent influencent les choix et les possibilités des acteurs. C'est pourquoi il est pertinent de découvrir les mécanismes de médiation associés à ces éléments car ils sont susceptibles de modifier les règles de jeu de l'organisation.

Les contextes comprennent des aspects culturels, économiques, sociaux et technologiques. Le contexte culturel s'associe à la manifestation des valeurs, croyances, philosophies, normes et règles dans l'organisation (Schein, 1985). Le contexte économique réfère quant à lui à la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles. Le contexte social représente d'une part l'environnement et le climat de travail interne et d'autre part, l'environnement externe en matière d'organisation des services de santé en général ainsi que les besoins des clientèles à desservir. Enfin, le contexte technique fait état des technologies cliniques et informationnelles dans l'environnement de soins.

La culture, un levier de changement

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'élément contextuel le plus important est la culture car elle donne du sens et de la signification au phénomène organisationnel qui est, en soi, un processus politique et culturel d'intégration et de régulation des comportements stratégiques d'acteurs sociaux relativement autonomes. La culture est un levier d'apprentissage des relations et des échanges, dont l'analyse permet de comprendre l'écart entre l'utilisation par les acteurs des potentialités et opportunités d'une situation et la structuration qui en résulte. La culture qui se mesure principalement par l'expression des valeurs (Schein, 1985) est, selon Crozier et Friedberg (1977), l'instrument de coopération des acteurs au sein d'ensembles finalisés; elle permet de découvrir les règles formelles et informelles qui gouvernent les relations entre individus et entre groupes, et donne ainsi son autonomie au phénomène organisationnel. En fait, l'analyse de la culture permet d'évaluer le potentiel de transformation ou de changement organisationnel.

La définition que Schein fait de la culture est d'ailleurs tout à fait compatible avec la lecture de Crozier et Friedberg. Il soutient que la culture est un “*pattern of shared basic assumptions that the group learned as it solved its problems of external adaptation and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems*” (Schein, 1992, p. 12).

Valeurs et culture

Les valeurs sont une manifestation de la culture (Schein, 1992). Tout processus d'intégration clinique implique l'existence de valeurs partagées et un certain accord sur les buts et la philosophie de travail. Par conséquent, il devient important de connaître les valeurs endossées et véhiculées par les professionnels et par le réseau intégré de services. D'autant que, tel qu'affirmé précédemment, un bon alignement entre le système de valeurs et les autres systèmes (systèmes de gestion, technique, professionnel) peut favoriser l'intégration clinique (Contandriopoulos et al., 2001). Cet alignement débute au niveau des valeurs car, plus les valeurs professionnelles se rapprochent des valeurs du réseau, plus les fondations des relations entre professionnels et entre organisations seront facilitées.

Selon la perspective des professionnels, les valeurs comprennent des aspects reliés à la qualité des soins et services. Elles incluent notamment la responsabilité, l'imputabilité, l'intégrité, la confiance, la liberté, la sécurité et la connaissance (Weis & Schank, 2002). Ces valeurs s'actualisent autant, entre le professionnel et l'utilisateur qu'entre les professionnels. Selon certains auteurs, les valeurs, en plus d'avoir un apport sur le contexte, auraient une influence sur l'acquisition et le contrôle des compétences (Benner, 1984; Hamric, Spross, & Hanson, 2000).

Par ailleurs, sous l'angle structurel (réseau), les valeurs sont rattachées aux finalités de l'intégration de services et viennent légitimer cette dernière. Ces valeurs sont reliées à la qualité des services en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et d'approche axée sur l'utilisateur. Dans ce contexte, la collaboration inter organisationnelle et interprofessionnelle est mise en valeur tout comme les résultats tant au point de vue des soins, de l'état de santé que des coûts (Leatt, 2000; Leatt et al., 2000; Shortell et al., 2000).

Ressources individuelles

Le système d'action que représente un réseau intégré est habité d'une foule d'incertitudes liées au caractère indéterminé des structures et au fait que les acteurs professionnels poursuivent des objectifs multiples qui fait apparaître des jeux de pouvoir. Pour faire face à ces incertitudes, les acteurs doivent élargir leur réservoir de connaissances, de compétences et d'habiletés.

Trois types de savoirs sont à la base des ressources individuelles : les savoirs scientifiques, expérientiels et tacites qui viennent nourrir les compétences professionnelles.

Savoirs

Les savoirs scientifiques reposent sur des théories ou des informations standardisées, balisées et spécialisées. Ils forment le corpus de connaissances fondamentales de chaque profession. Les savoirs expérientiels quant à eux, sont représentés par la capacité du professionnel à puiser dans son réservoir d'expériences, de représentations, de compréhension et d'actions et de faire intervenir ces dernières dans l'élaboration de nouveaux cadres théoriques ou pratiques (Schön, 1994). Selon Schön (1994), l'art du praticien reposerait sur l'étendue et la variété du répertoire qu'il utilise dans les situations nouvelles et sur sa capacité à donner un sens au particularisme des événements. Enfin, les savoirs tacites sont des modèles mentaux incluant certaines habiletés appliquées de façon automatique dans certains contextes. Guidés par l'inconscient, les savoirs tacites seraient à la source des croyances et des valeurs (Polanyi, 1966; Schön, 1994).

Compétences et pratiques stratégiques

Une compétence est définie comme « *un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » (Tardif, 2006, p. 22). La compétence est donc à la base de l'action ou des pratiques. Tel qu'énoncé précédemment, les savoirs scientifiques, expérientiels et tacites viennent nourrir les compétences professionnelles.

La littérature sur l'intégration clinique et sur les réseaux intégrés réfère de façon récurrente à quatre compétences (Béland, 2011; Brousselle et al., 2010; Carroll & Edmondson, 2002; D'Amour et al., 2007; Davies et al., 2011; Denis et al., 2001; Goodwin et al., 2004; Grenier, 2011; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Maslin-Prothero & Bennion, 2010; Provan et al., 2004; Provan et al., 2002; Shortell, 2006; Shortell et al., 2000) qualifiées par certains auteurs, de compétences stratégiques (D'Amour et al., 2007).

« *Les compétences stratégiques sont nécessaires pour la réalisation des pratiques de réseau, entre autres l'établissement de relations interprofessionnelles et inter organisationnelles, l'articulation de continuum de soins, la gestion clinique de la continuité des soins, la gestion de l'information, la négociation du partage de responsabilités, l'établissement de protocoles entre des organisations à vocations différentes, etc.* » (D'Amour et al., 2007, p. 281). Ces compétences stratégiques sont : la capacité d'établir des relations de confiance, de négocier, de collaborer et d'exercer un leadership (D'Amour et al., 2007).

Capacité de développer des relations ou des liens de confiance

Certains auteurs affirment qu'un des éléments importants dans l'évolution des pratiques est le développement de relations de confiance entre acteurs qui favorise l'échange de connaissances et d'informations et qui augmente l'implication tout en subjugant les besoins individuels au bénéfice des objectifs communs (Jones & George, 1998). La confiance serait donc à la base de la collaboration interprofessionnelle et agirait sur la capacité de négociation interprofessionnelle (Argyris & Schön, 1978; Laschinger & al., 2000; Shortell et al., 2000). Les relations de confiance s'établiraient grâce aux savoirs des acteurs, à leurs compétences et au leadership qu'ils exercent. Elles s'actualiseraient par des activités clinico-administratives stimulant les rapprochements, les interactions, les collaborations voire, les initiatives innovatrices entre professionnels (Butler, 1999; Huxham & Vangen, 2000; Leatt, 2002).

Bien que la confiance soit considérée comme une valeur, elle est aussi une disposition entre professionnels que Mayer et coll. (1995, p. 712) ont défini comme «*the willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the*

expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party»

Dans une perspective similaire, Ring et Van de Ven (1994) présentent la confiance comme un moyen de partager les risques entre professionnels et organisations. Tel qu'ils l'affirment, la confiance entre les parties est le produit d'une accumulation d'interactions qui semblent efficaces et équitables et qui dispose favorablement les partenaires à prendre des risques ensemble. Dès lors, l'établissement d'une relation de confiance entre professionnels devrait faciliter les stratégies de collaboration. Mais le développement d'une relation de confiance dépend de trois conditions : la perception de compétence entre les parties, la volonté de faire confiance et la perception d'honnêteté (D'Amour et al., 2003; D'Amour et al., 2008; Mayer et al., 1995). Ces conditions et notamment la première, reliée aux compétences, a un impact sur la confiance en soi du professionnel et du coup, sur sa capacité d'affirmation (Laschinger & al., 2000). En retour, cette attitude dispose favorablement les autres professionnels à lui faire confiance.

Certains auteurs qui se sont penchés sur les conditions facilitant la mise en place et la pérennité des réseaux intégrés de services identifient l'établissement de relations de confiance comme des ingrédients fondamentaux pour permettre la coopération et la coordination entre professionnels et organisations car, le contexte relatif à la mise en réseau relève le niveau de complexité des interdépendances ce qui fait que les professionnels ont à composer avec un plus haut niveau d'incertitude (Brousselle et al., 2010; Goodwin et al., 2004; Lamothe, 2005, 2007).

Capacité de négocier

Il a été démontré que, dans certains réseaux intégrés de services, « 80% du temps de coordination était consacré à la négociation, à faire le lien entre les professionnels pour que la sortie de l'hôpital soit réalisée au bon moment et dans les meilleures conditions » (Douesneau, Duchange, Hoareau, & Lussier, 2011, p. 67).

Selon certains auteurs, la confiance permet la création d'alliances dans des situations d'incertitude et ainsi, facilite la négociation des règles et modalités de collaboration (Huxham & Vangen, 2000; Malloch, 2002; Ring & Van de Ven, 1994). La confiance devient donc une condition essentielle pour établir un pont interprofessionnel de

négociation et ce serait notamment au travers de ce mécanisme ou d'arrangement entre les parties que se régle la collaboration (Philips, Lawrence, & Hardy, 2000). Au niveau des acteurs, ces négociations impliquent des aspects stratégiques où l'autonomie, la légitimité et la reconnaissance agissent comme des leviers de pouvoir (Crozier & Friedberg, 1977; Ring & Van de Ven, 1994).

Capacité de collaborer

D'Amour (1997, p. 104), définit la collaboration comme « *la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance, par le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques. La collaboration résulte de l'interaction entre professionnels, entre les professionnels et la structure de l'organisation, et de l'interaction de ces deux éléments avec l'environnement sociopolitique* ».

Les interactions collaboratives se caractérisent par des échanges et des communications satisfaisantes entre les professionnels, par une implication active des acteurs dans la résolution des problèmes et la gestion des conflits, et par la coordination entre les unités cliniques (Hansen, Bull, & Gross, 1998). Ces interactions collaboratives sont renforcées par des modèles de rôle, par des stratégies de valorisation et de stimulation des habiletés de leadership et par des connaissances sur les enjeux politiques (Chaudry, Polivka, & Kennedy, 2000 ; Polivka, Kennedy, & Chaudry, 1997).

Au niveau organisationnel, le développement de relations collaboratives requiert un leadership fort et proactif, des connaissances sur les politiques de soins et le système de santé, et une implication constante pour maximiser les opportunités pour répondre aux objectifs cliniques et professionnels (Chaudry et al., 2000 ; Polivka et al., 1997 ; Sullivan, 1998).

Les écrits scientifiques et professionnels font état de la collaboration et de la coopération comme une des conditions essentielles pour permettre l'intégration des soins et services de santé (Béland, 2011; Béland et al., 2006; D'Amour et al., 2008; D'Amour et al., 2007; Goodwin et al., 2004; Kodner, 2006; Suter et al., 2007). En ce sens, le travail conjoint à l'intérieur et entre les dispensateurs de services de santé est susceptible d'optimiser les ressources, de faciliter l'efficience globale du réseau particulièrement en ce

qui a trait à la fluidité des relations et à la continuité des services (Kodner & Spreuwenberg, 2002).

Capacité d'exercer du leadership

L'intégration ne peut se concrétiser sans la collaboration, et la collaboration ne peut se réaliser sans la force des acteurs (Huxham & Vangen, 2000). Cela implique nécessairement un leadership individuel et collectif capable d'insuffler et de soutenir les modifications de pratiques professionnelles au sein du réseau intégré (Brymann, 1996; Denis et al., 2001; Denis, Langley, & Cazale, 1996). Depuis les dernières années, le leadership transformationnel retient particulièrement l'attention (Leatt, 2002). Qualifié de leader stratégique, le leader transformationnel s'appuie sur des valeurs personnelles et professionnelles bien ancrées pour transformer les cultures de pratiques (Wesorick, 2002). Il travaille dans un espace tantôt formel, tantôt informel (Lazega, 1999; Upenieks, 2002). Il se distingue par sa vision et ses habiletés communicationnelles, sa capacité de composer avec le présent et l'avenir, son habileté à impliquer le maximum de personnes et à stimuler le leadership des autres acteurs, sa connaissance des enjeux de l'organisation et par sa capacité à soutenir les innovations. Ses qualités de mobilisateur et sa confiance dans les autres font de lui un modèle (Brymann, 1996; Leatt, 2002). L'ensemble de ces compétences et habiletés fait supposer que le leader transformationnel possède les attributs qui lui permettent de contribuer au développement du leadership collectif, impliquant plusieurs acteurs qui se partagent des rôles complémentaires au sein d'une organisation (Bryson & Crosby, 1992; Denis et al., 2001).

Le leadership collectif suppose un processus de mobilisation interprofessionnelle et inter-organisationnelle vu comme une succession d'épisodes où les acteurs impliqués font la promotion de changements à travers leurs actions, lesquelles, continuellement réévaluées, altèrent consécutivement la forme et la viabilité du leadership collectif (Denis et al., 2001). Pour certains auteurs, le leadership collectif se traduit par une implication d'un cumul d'acteurs différents qui contribuent, dans le temps, à la construction d'un projet en se reposant sur le leadership des acteurs précédents. Ce leadership se nomme "joint leadership" (Grenier, 2011). Selon Huxham et coll. (2000), le leadership collectif ne tient

pas compte uniquement du comportement des acteurs, mais aussi des événements qui surviennent à cause des structures et des processus et qui font partie de la collaboration.

En définitive, la confiance, la négociation, la collaboration et le leadership sont des compétences stratégiques interdépendantes dans la dynamique des pratiques professionnelles. Elles influencent l'acquisition et l'appropriation, de connaissances qui se traduiront dans la pratique (Conrad, 1993; Huxham & Vangen, 2000; Jerez-Gomez, Cespedes-Lorente, & Valle-Cabreta, 2005; Laschinger & al., 2000; Ring & Van de Ven, 1994).

Facteurs organisationnels

Tel qu'indiqué précédemment, le pouvoir se joue autant du côté de l'acteur professionnel que de la structure organisationnelle. Le pouvoir est susceptible de supprimer ou générer des incertitudes et régule ces dernières en passant par la contrainte ou la persuasion (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997). Selon Crozier et Friedberg (1977), les relations de l'acteur avec les autres acteurs du système et avec son environnement, la maîtrise de la communication et de l'information ainsi que la connaissance et l'utilisation de règles feraient partie des éléments ayant une influence sur la régulation des incertitudes.

Ces éléments sont liés aux facteurs organisationnels. Ces facteurs sont les règles (politiques et procédures) qui régissent la clinique, l'information, les communications et la formation. Ces règles se caractérisent par leur le niveau de formalisation. Elles ont une influence directe sur la capacité de collaboration des professionnels et donc, sur l'adaptation de leur pratique (Robinson & Casalino, 1996). Ces règles, qui sont décrites au chapitre des déterminants de l'intégration, sont omniprésentes dans la littérature sur l'intégration des services peu importe le type de réseau ou de clientèle visée. Elles sont souvent associées à une quête de standardisation voire, d'uniformisation. Il importe donc de reconnaître ces facteurs organisationnels puisqu'ils ont une influence sur l'évolution des connaissances, des compétences et ultimement, sur les pratiques qui vont dans le sens de l'intégration.

En définitive, les écrits sur l'apprentissage organisationnel et sur l'analyse stratégique présentent des éléments complémentaires qui offrent un nouvel angle d'analyse aux réseaux intégrés de services de santé. De fait, en considérant les déterminants de l'intégration clinique, il appert que l'apprentissage organisationnel apporte des précisions et enrichi le processus d'intégration clinique. Les écrits sur l'apprentissage organisationnel nous informent que les connaissances individuelles et organisationnelles résultant de l'apprentissage individuel et organisationnel sont diversifiées et c'est sur cette base que certains auteurs associent l'acquisition des connaissances à l'ajustement de pratiques individuelles et collectives qui sont susceptibles de répondre aux finalités de l'intégration des soins et services (Le Boterf, 2004a, 2004b). Toutefois, les écrits sur l'apprentissage organisationnel ne font pas état de pratiques spécifiques favorisant l'apprentissage organisationnel, pas plus, de facteurs organisationnels et de ressources individuelles, à l'exception du leadership qui est identifié comme un élément important pour favoriser les apprentissages organisationnels.

Par ailleurs, l'analyse stratégique met en évidence l'influence dynamique des contextes, des ressources individuelles et des facteurs organisationnels dans un système d'action composé d'acteurs professionnels et organisationnels. Le processus d'apprentissage organisationnel correspond aux caractéristiques de système d'action tel qu'énoncé par Crozier et Friedberg (1977) ce qui permet de percevoir que le processus d'apprentissages est influencé par les contextes, par les ressources individuelles et la dynamique des acteurs ainsi que par les facteurs organisationnels.

Chapitre 3 - Le modèle conceptuel

Cette étude vise à identifier les pratiques des infirmières favorisant un processus d'apprentissage organisationnel permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique, de préciser comment les ressources individuelles et les facteurs organisationnels influencent le développement des pratiques stratégiques et l'évolution des apprentissages organisationnels favorisant l'intégration clinique.

Le *modèle d'apprentissage organisationnel intégré* que nous proposons, est inspiré des travaux de Crossan et collègues (1999) sur le processus d'apprentissage organisationnel et de Crozier et Friedberg (1977) sur l'analyse stratégique.

L'apprentissage organisationnel a été privilégié car la littérature sur les réseaux intégrés démontre clairement la nécessité de changements de modes de pratiques. Mais comment arriver à ce renouvellement de pratiques? En s'inspirant de Le Boterf (2004b), ces changements passent par un apprentissage individuel et collectif où les acteurs s'approprient les aspects contextuels, les connaissances ainsi que les compétences stratégiques et les traduisent dans des activités et services répondant aux finalités du réseau. Dans ce contexte l'apprentissage organisationnel est une base théorique pertinente pour comprendre le processus de développement et de mobilisation des pratiques favorisant l'intégration (Argyris & Schön, 1974; Argyris & Schön, 1978; Crossan et al., 1999; Crossan et al., 1995).

Mais comme les écrits sur l'apprentissage organisationnel abordent peu la question de la contextualisation de l'apprentissage, nous avons eu recours à l'analyse stratégique qui conçoit les acteurs et le système dans une dynamique de jeux d'acteurs influencés par les contraintes de l'organisation.

Dès lors, les éléments conceptuels de l'analyse stratégique et de l'apprentissage organisationnel peuvent s'intégrer pour permettre une analyse dynamique des pratiques favorisant l'intégration clinique dans différentes situations empiriques.

Tel qu'illustré à la figure 2, ce modèle présente cinq composantes : 1) la composante centrale qui est le processus d'apprentissage; 2) les aspects contextuels, les

ressources individuelles, les facteurs organisationnels qui influencent le processus d'apprentissage et 3) l'intégration clinique qui en résulte. Toutefois, cette étude n'évalue pas la composante de l'intégration clinique.

Selon Crozier et Friedberg (1977), les aspects contextuels, les facteurs organisationnels et les ressources individuelles représentent des zones de pouvoir et d'incertitudes qui constituent des instruments de régulation dans la résolution de problèmes et qui influencent le comportement des acteurs dans l'expression de leurs actions stratégiques. Prenant appui sur cette affirmation, ces composantes viendraient stimuler, pondérer ou freiner les professionnels dans le choix et le recours aux pratiques favorisant l'apprentissage organisationnel.

Les aspects contextuels

Les aspects contextuels représentent un ensemble d'éléments ou de circonstances environnementales dans lesquelles s'insère une situation, un événement ou un fait. Tel que précisé précédemment, les contextes comprennent des aspects culturels, économiques, sociaux et technologiques (Crozier & Friedberg, 1977).

Les facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels sont composés d'aspects structurels tels que la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. Ils comprennent aussi les systèmes de régulation (politiques, orientations, procédures), de communication et d'information (outils, technologies), les ressources (type, qualité, quantité), le partage de responsabilités et de tâches, les mécanismes de planification, de soutien et de développement ainsi que le système de récompense et de reconnaissance (Crozier & Friedberg, 1977; Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Les ressources individuelles

Les ressources individuelles pour leur part, comprennent les acquis personnels et professionnels. Elles réfèrent aux connaissances, aux compétences et aux habiletés (Crozier & Friedberg, 1977). Les ressources individuelles sont composées de trois types de savoirs : les savoirs scientifiques, expérientiels et tacites (Schön, 1994). Bien que ses compétences

soient diversifiées, quatre compétences stratégiques sont mises en évidence dans les réseaux intégrés de soins. Ces dernières sont : la capacité de développer des relations ou des liens de confiance, de négocier, de collaborer et d'exercer du leadership (D'Amour et al., 2007).

Le processus d'apprentissage

Le processus d'apprentissage est au cœur du modèle et des objectifs de cette étude. Cette composante est constituée d'éléments du modèle de Crossan (1999) qui représente un processus dynamique, à multiple niveaux incorporant des éléments cognitifs, comportementaux et sociaux (Rashman et al., 2006). Le processus d'apprentissage organisationnels est présenté sous le vocable des « 4 I », Intuition-Interprétation-Intégration-Institutionnalisation, qui réfèrent à des phases d'apprentissage interactives.

La phase d'intuition fait référence à la perception préconsciente de patterns ou de possibilités inhérentes à un courant d'expériences personnelles. Cette phase affecte le comportement de l'individu « intuitif » et affecte les autres individus qui tentent d'inter agir avec l'individu « intuitif ». Cette dernière est de niveau individuel et est susceptible de produire des expériences, images et métaphores. La phase d'interprétation est l'explication d'une intuition, d'une connaissance ou d'une idée, d'une personne à une autre. Dans cette phase, on assiste à un passage du non verbal au verbal. Elle passe par le dialogue et les conversations pour produire un langage et des cartes cognitives communes. Cette phase s'amorce au niveau individuel pour passer au niveau du groupe. La phase d'intégration se manifeste par le développement d'une compréhension commune entre individus et d'utilisation d'actions coordonnées comportant des ajustements mutuels et une compréhension partagée puis, elle se manifeste par des systèmes interactifs. Cette phase appartient d'abord au groupe mais peut se transposer au niveau organisationnel. Ce processus est initialement ponctuel et informel mais dans certains cas, les actions coordonnées deviennent signifiantes et récurrentes, ce qui les amène à être « institutionnalisées ». L'institutionnalisation est la phase qui assure la production d'actions routinisées (*sic*) où les tâches seront définies, les actions sont spécifiées et les mécanismes organisationnels sont mis en place pour assurer la pérennité de certaines actions. Cette phase se situe au niveau de l'organisation.

Dans le modèle d'apprentissage organisationnel intégré, deux éléments viennent s'ajouter soit : les pratiques et les apprentissages. Les pratiques réfèrent aux activités effectuées par un professionnel. Nous qualifions ces dernières de pratiques stratégiques. Celle-ci sont des actions qui ont une portée stratégique dans la mesure où elles visent à planifier et à coordonner un ensemble d'opérations en vue d'atteindre un objectif (de Villers, 2005) soient, l'actualisation des finalités de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité.

Les pratiques stratégiques sont diversifiées, elles se concrétisent notamment par l'actualisation des compétences stratégiques et sont susceptibles de produire des apprentissages individuels et organisationnels favorisant l'intégration clinique. Les pratiques stratégiques visent des aspects politiques et organisationnels et dans certains cas, peuvent être aussi considérées comme des pratiques cliniques. Ces pratiques qui se situent dans les quatre phases d'apprentissage (4 I : intuition, interprétation, intégration et institutionnalisation), sont inter reliées, fluides et récurrentes et s'actualisent au niveau individuel, au niveau du groupe et au niveau organisationnel incluant l'interorganisationnel puisque la mise en place de réseaux de services intégrés implique plusieurs établissements.

L'apprentissage survient quand les individus dans l'organisation expérimentent une situation problématique et approfondissent les pistes de solution en puisant dans leurs ressources. Les apprentissages organisationnels se manifestent par la capacité d'adaptation, les habiletés dans la résolution de problèmes, l'implication des employés et par l'environnement d'apprentissage (Argyris & Schon, 1996; Argyris & Schön, 1974; Levitt & March, 1988; Senge, 1991).

L'intégration clinique

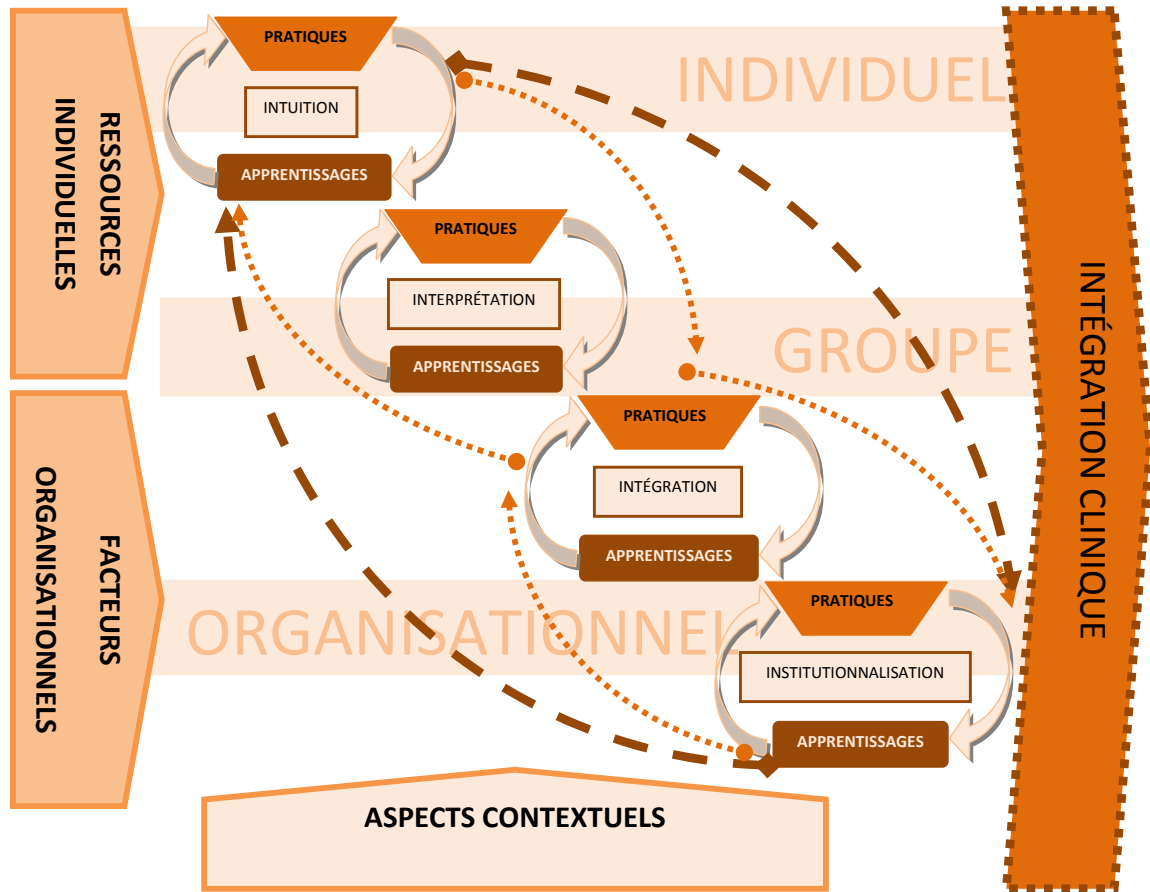
La dernière composante du modèle est l'intégration clinique. L'intégration clinique est l'aboutissement du processus d'apprentissage entre acteurs individuels et organisationnels qui, en actualisant des pratiques cliniques et stratégiques, intensifient leur coopération et arrivent à une meilleure coordination des ressources et des activités favorisant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

La dynamique de mobilisation des pratiques

Au-delà des composantes décrites précédemment, le modèle présente des symboles et des formes qui indiquent le mouvement. De fait, tout comme dans le modèle de Crossan (1999), notre modèle d'apprentissage organisationnel intégré, en plus de présenter des rétroactions entre les phases, montre des boucles rétroactives impliquant les « pratiques – apprentissages » venant encercler chaque phase (Argyris & Schon, 1996; Argyris & Schön, 1978). De plus, les formes entourant les aspects contextuels, les facteurs organisationnels et les ressources professionnelles permettent de distinguer qu'ils ont une influence sur le processus d'apprentissage et ultimement, sur l'intégration clinique qui est l'aboutissement du processus d'apprentissage. Tel que mentionné précédemment, il importe de noter que cette étude ne cherche pas à analyser les liens entre l'apprentissage et l'intégration clinique.

En quelques mots, le modèle d'apprentissage organisationnel intégré met en avant plan que l'actualisation de l'intégration clinique est influencée par l'introduction de pratiques stratégiques qui favorisent des apprentissages dans chacune des phases. Cette boucle d'apprentissage se répercute sur les autres phases créant ainsi, un processus d'apprentissage dynamique. Le développement de ces pratiques et le processus d'apprentissage sont également influencés par les ressources individuelles des acteurs ainsi que par les facteurs organisationnels et les aspects contextuels.

Figure 2 - Modèle d'apprentissage organisationnel intégré



© Liette Bernier, 2012

Inspiré de Crossan & al. (1999) et Crozier & Friedberg (1977)

Les hypothèses de recherche

Cette recherche vise à vérifier les hypothèses relatives à l'utilisation d'un modèle d'apprentissage impliquant des éléments relevant de l'analyse stratégique susceptibles de favoriser l'intégration clinique.

La recension des écrits permet d'appréhender les déterminants de l'intégration des soins et des services de santé. Elle permet aussi de mettre en évidence que l'apprentissage organisationnel peut être un levier de changement et d'ajustement dans une organisation. Toutefois, les écrits sur l'apprentissage organisationnel apportent peu d'information sur les pratiques qui favorisent l'apprentissage organisationnel en faveur de l'intégration clinique ainsi que des conditions soutenant le recours à ces pratiques. À la lumière de ces constats, les hypothèses de recherche suivantes sont mises de l'avant :

- I. Les infirmières utilisent des pratiques qui se localisent dans les 4 phases du processus d'apprentissage (4 I: intuition, interprétation, intégration et institutionnalisation), qui s'actualisent à trois niveaux (individuel, groupe, organisationnel) et qui sont animées d'une dynamique favorisant le passage d'une phase à une autre.
- II. Les infirmières adoptent des pratiques favorisant des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique;
- III. Les pratiques privilégiées par les infirmières sont influencées par leurs ressources individuelles;
- IV. Le recours aux pratiques stratégiques et le processus d'apprentissage organisationnel sont influencés par des facteurs organisationnels.

Chapitre 4 - La méthodologie de recherche

Ce chapitre vise à présenter la stratégie de recherche ainsi que les éléments relatifs à la planification opérationnelle de la recherche dont, les critères de sélection des cas et des participants et les sources de données. Il comprend également la description des variables de même que les critères de scientificité et il se conclut par les considérations éthiques.

Stratégie de recherche

Cette démarche de recherche s'appuyant sur une logique inductive (Denzin & Lincoln, 2000; Gauthier, 1997; Poupart et al., 1997; Van der Maren, 1996), s'inspire des préceptes de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997) pour identifier les pratiques des infirmières favorisant un processus d'apprentissage organisationnel permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique, pour préciser comment les ressources individuelles et les facteurs organisationnels influencent le développement des pratiques stratégiques et l'évolution des apprentissages organisationnels favorisant l'intégration clinique.

Le phénomène étudié se caractérise par sa complexité, son dynamisme et sa mouvance justifiants ainsi, le recours à une stratégie de recherche de type synthétique avec un devis d'étude de cas holistique multiple a été privilégié (Yin, 2003). L'étude de cas donne accès à une compréhension profonde des phénomènes et des processus qui les compose ainsi que des acteurs qui en sont partie prenante (Gagnon, 2012). Certains auteurs soutiennent que cette méthode convient à la construction d'une théorie (Eisenhardt, 1989) tandis que d'autres prétendent qu'elle peut aussi convenir à la vérification d'une théorie (Woodside & Wilson, 2003). L'étude de cas est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes individuels, de groupe ou organisationnels (Stake, 1995; Woodside & Wilson, 2003; Yin, 2003). Étant donné que l'objectif principal de cette étude porte sur les pratiques des infirmières, un seul niveau d'analyse a été privilégié soit, le niveau individuel (Yin, 2003).

Planification opérationnelle de la recherche

Sélection des cas

Afin de révéler les différents aspects du phénomène à l'étude, trois cas présentant des attributs différents ont été sélectionnés (Patton, 2002; Yin, 2003). Chaque cas représentait une unité d'analyse considérée dans son unicité dans la collecte et l'analyse des données. Considérant l'importance de documenter le plus largement que possible la nature et les attributs des pratiques infirmières favorisant l'apprentissage organisationnel ainsi que les conditions et facteurs influençant l'émergence de ces dernières des réseaux intégrés de soins présentant des caractéristiques différentes ont été identifiés. Ainsi, les cas sélectionnés représentent les différents types d'intégration clinique où il apparaît possible qu'il y ait plus, ou moins, de pratiques stratégiques et où, les apprentissages organisationnels pourraient aussi différer.

Les types d'intégration clinique sont déterminés par les clientèles visées, la gravité des problématiques et le type d'interventions effectuées par les professionnels (Leutz, 1999). Selon Leutz (1999), il existe trois types d'intégration clinique : l'intégration complète; la coordination et la liaison. Ces derniers correspondent à des clientèles particulières présentant des problématiques dont la gravité appelle des interventions différentes et d'intensité variable. (Tableau 1)

Les réseaux intégrés de soins sélectionnés correspondent à l'un ou l'autre des types d'intégration clinique. Ces derniers sont un réseau de services pour les personnes âgées, un programme de suivi pour les patients aux prises avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et un réseau de services postnataux.

Réseau de services pour les personnes âgées

Le réseau de services pour les personnes âgées correspond à un réseau d'intégration complète. Il se distingue par une clientèle instable et en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie reliée aux effets du vieillissement. Ces pertes d'autonomie se traduisent par des problèmes cognitifs, physiques et sensoriels, qui limitent la personne dans sa fonctionnalité. Le réseau, mis en place pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, prévoit un point d'entrée unique («guichet unique») selon le lieu de résidence de

l'utilisateur, de même qu'un mécanisme d'orientation et d'admission unique pour les personnes âgées qui font des demandes de services à domicile et d'hébergement sur un territoire donné. Il prévoit aussi une prise en charge par un gestionnaire de cas (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, etc.) qui élabore et assure le suivi du plan de services individualisé de la personne âgée et défend ses intérêts et ceux de sa famille auprès de l'ensemble des dispensateurs de soins et de services. Ce réseau intégré de services est constitué de plusieurs types d'établissements et d'une diversité de professionnels. Le gestionnaire de cas, ainsi que les autres professionnels impliqués dans ce réseau intégré de soins et de services, bénéficie d'un système de communication interactive et d'outils standardisés pour assurer la coordination et la continuité des nombreux soins et services (MSSS, 2001).

Le réseau de soins pour les personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Le réseau de soins pour les personnes aux prises avec une MPOC correspond à un réseau de coordination. Il vise à assurer le suivi systématique de soins et de services dans la communauté, des patients de la région sociosanitaire qui présentent une MPOC afin de retarder leur hospitalisation ou de leur éviter un recours fréquent aux urgences et de leur permettre d'avoir la meilleure qualité de vie possible dans la communauté. La clientèle desservie par ce réseau est en perte d'autonomie et instable et nécessite des services d'intensité moyenne à sévère. Dans ce réseau, on privilégie l'implication d'un gestionnaire de cas, qui encadre la planification des services au patient. Ce gestionnaire de cas, une infirmière du CLSC, travaille en collaboration avec les professionnels des centres hospitaliers, des cliniques médicales et du Service régional de soins à domicile (SRSAD) qui fait partie d'un centre hospitalier. Le gestionnaire de cas a la responsabilité de voir à ce qu'une évaluation globale du client soit effectuée, qu'un plan de services soit élaboré et respecté, que les services soient coordonnés et que le client puisse y accéder. En outre, il s'assure d'une implication constante du personnel infirmier du CLSC pour effectuer le suivi de santé et de l'épisode de soins. Lorsque le gestionnaire de cas le juge nécessaire, un inhalothérapeute du SRSAD est appelé à intervenir. Ce réseau implique un certain nombre d'établissements de catégories différentes régies par des lignes directrices régionales (Régie

régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002d). Les professionnels impliqués utilisent des outils, des politiques et des procédures uniformes.

Réseau de services postnataux

Le réseau de services postnataux correspond à la typologie d'intégration de liaison. Il s'organise autour d'une clientèle particulière dont la très grande majorité est autonome et présente des besoins courants (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003).

Les infirmières dispensent, en collaboration avec les médecins et les autres professionnels (en majorité des travailleurs sociaux), des interventions de dépistage, de prévention primaire ou secondaire à l'occasion. Ces interventions sont orientées principalement vers l'éducation (prévention et promotion de la santé) individuelle et de groupe et visent à maintenir et améliorer l'état de santé global des nouveau-nés, des parents et de la famille. Les établissements impliqués dans ce réseau sont les CLSC, les centres hospitaliers, les cabinets de médecins, les maisons de naissances et, à l'occasion, des Centres jeunesse (services psychosociaux de 2^e ligne). Les orientations guidant les modalités d'articulation entre les établissements impliqués relèvent de l'organisme de gouverne régional (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001). Dans ce réseau, on mise sur la standardisation des outils de références et du contenu de l'enseignement. Dans la majorité des cas, les professionnels du réseau interviennent à court terme et de façon ponctuelle. Ils utilisent des mécanismes de liaison s'appuyant sur des outils informatiques afin d'assurer la coordination et la continuité des soins et services entre les dispensateurs.

Sélection des établissements et des participants

Dans chaque cas, l'échantillonnage des établissements a tenu compte du fait qu'elle devait inclure au moins deux CLSC ayant des ententes formelles ou informelles avec le même centre hospitalier dans le cadre des activités du réseau visé afin de témoigner d'une mise en réseau impliquant des établissements de missions complémentaires et présentant possiblement des cultures organisationnelles différentes. La sélection des établissements a été effectuée en se basant sur les critères suivants :

- Faire partie d'un des trois types de réseau (cf. intégration complète, coordination ou liaison);
- Desservir une proportion significative de clientèle visée dans le réseau (proportion de la clientèle visée plus importante par rapport aux autres CLSC);
- S'être démarqué comme établissement, pour la qualité de son implication dans le réseau et pour son sens de l'innovation afin de maximiser les possibilités d'identifier des pratiques stratégiques.

Les établissements ont été sélectionnés grâce à la collaboration d'informateurs clés de l'organisme de gouverne régional qui ont suggéré certains établissements répondant à ces critères. Les directions des établissements visés ont par la suite été rencontrées. Cette rencontre visait à expliquer les objectifs de l'étude, à s'assurer qu'ils répondaient aux critères de sélection et à vérifier leur intérêt à contribuer à cette dernière. Des quatorze établissements rencontrés, douze répondaient aux critères de sélection et dix d'entre eux ont accepté de faire partie de l'étude. Le tableau 2 présente les types établissements sélectionnés dans chaque réseau.

La sélection des professionnels participant à l'étude a été effectuée par échantillonnage raisonné en se reposant sur les critères suivants (Gauthier, 1997; Van der Maren, 1996) :

- Plus d'une discipline professionnelle dans chaque cas;
- Des professionnels ayant au moins cinq ans d'expérience sein du réseau intégré;
- Des infirmières dans chaque établissement sélectionné possédant minimalement un baccalauréat en sciences infirmières, car cette scolarité correspond à un niveau professionnel;
 - Dans les établissements sélectionnés, les infirmières, possédant un diplôme de 2^e cycle en sciences infirmières, étaient systématiquement sélectionnées.

Les professionnels ont été sélectionnés à la suite de rencontres organisées par les responsables des établissements sélectionnés où une invitation était lancée à tous les membres des équipes multidisciplinaires concernées dans le réseau. Ainsi, dans chaque établissement, les participants intéressés ont bénéficié d'une rencontre d'information sur le projet de recherche où la chercheuse a précisé les objectifs de la recherche, la méthode de collecte de donnée, l'échéancier et les aspects éthiques. Suite à cette rencontre, les participants signifiaient leur intérêt en remplissant le formulaire de consentement (annexe 1), sachant qu'il était possible qu'ils ne soient pas tous rencontrés. Parmi les 117 participants rencontrés, 87 ont signé le formulaire de consentement. De ce nombre, 62

professionnels répondaient aux critères de sélection. Toutefois, deux infirmières se sont retirées de l'étude pour des raisons personnelles. Le tableau 2 présente l'échantillonnage final des participants à l'étude en distinguant les types de professionnels dans chaque réseau.

Tableau 2 - Sélection des établissements et des participants dans chaque réseau

Établissements	Infirmières	Médecins	Autres types de professionnels	Gestionnaires	Nombre de participants
CAS 1 - RÉSEAU DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES					
2 CLSC	5	0	1 ergothérapeute. 3 trav. sociaux	3 dont 1 infirmières	20
1 Centre hospitalier	3 dont une inf. clinicienne spécialisée	1	2 trav. sociaux	2 infirmières	
CAS 2 – PROGRAMME DE SUIVI POUR LES PATIENTS AUX PRISES AVEC UNE MPOC					
2 CLSC	6		1 trav. social	1 infirmière	21
2 Centres hospitaliers	7 dont une inf. clinicienne spécialisée	2	1 pharmacien 1 inhalothérapeute	2 infirmières	
CAS 3 – RÉSEAU DE SERVICES POSTNATAUX					
2 CLSC	6	1	2 trav. sociaux 1 org. comm. 1 nutritionniste	2 infirmières	19
1 Centre hospitalier	4 dont une inf. clinicienne spécialisée		1 trav. social	1 infirmière	
Totaux					
10	31	4	14	11	60

Collecte des données

Pour documenter les pratiques stratégiques et les phénomènes d'apprentissage associés au type d'intégration, trois sources de données ont été utilisées pour permettre de bâtir une chaîne d'évidences empiriques soit : des entrevues semi-dirigées, des observations directes et des analyses de documents d'archives (Van der Maren, 1996).

Les entrevues semi-dirigées

Les entrevues semi-dirigées se sont déroulées selon deux modalités : individuelle (60 entrevues) et de groupe (3 entrevues, dont 1 par cas). Ces entrevues, d'une durée d'une heure à une heure et demie, se sont déroulées du mois de septembre 2004 au mois de juin 2005.

Les entrevues individuelles avaient pour objectif de recueillir les perceptions, jugements, opinions et représentations des individus. Les entrevues semi-dirigées de groupe visaient à recueillir des informations complémentaires sur les représentations partagées de l'intégration clinique et des facteurs prédominant dans leur pratique. Tous les professionnels qui avaient participé aux entrevues individuelles étaient conviés à l'entrevue de groupe (annexe 1).

Trois grilles d'entrevues individuelles ont été élaborées dont une pour les infirmières et infirmières gestionnaires, une pour les autres professionnels et pour les gestionnaires non infirmières et une troisième pour les entrevues de groupe. Les grilles d'entrevues présentées en annexe 2 ont été testées dans un cas qui ne faisait pas partie des cas à l'étude.

Parmi les 60 professionnels invités à participer aux entrevues de groupe, 16 professionnels ont participé à l'entrevue relative au réseau de services pour les personnes âgées, 14 ont participé à l'entrevue du réseau MPOC et 13 à celle du réseau de services postnataux.

Le niveau de saturation recherché était celui de la saturation empirique. La saturation empirique désigne le phénomène par lequel le chercheur juge que les entrevues ou toutes autres sources de données n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (Bertaux,

1980). Le nombre d'entrevues et leur durée ont permis d'atteindre un niveau de saturation acceptable (Glaser & Strauss, 1967).

Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio pour assurer l'exactitude dans la retranscription et un journal de bord a été utilisé pour recueillir et rendre explicite les préconceptions et préjugés du chercheur, les associations d'idées, observations, impressions et réflexions qui auront émergé au cours des entrevues et ainsi, limiter les biais d'interprétation (Van der Maren, 1996). Préalablement, tous les participants aux entrevues individuelles et de groupe ont rempli le formulaire de consentement qui se trouve à l'annexe 1.

Observations directes

Des séances d'observation ont été effectuées dans chaque cas. Ces séances d'observation avaient pour objectif d'appuyer les éléments résultants des entrevues. Nos observations ont porté sur les pratiques et les comportements des acteurs dans différents contextes d'interaction disciplinaires et multidisciplinaires. Ces observations non participantes ont eu lieu lors de réunions d'équipes disciplinaires et multidisciplinaires, de discussions de cas et de comités de travail relatifs aux activités du réseau intégré. De plus, certaines observations lors de discussions spontanées entre professionnels ou gestionnaires ont été effectuées. Toutes les séances d'observation impliquaient des professionnels qui avaient été rencontrés en entrevue de même que d'autres acteurs professionnels et non professionnels qui n'avaient pas été rencontrés en entrevue. Nous sommes conscients que la présence du chercheur lors des séances d'observation a pu modifier la dynamique des acteurs, particulièrement au début de l'activité. Or, nous avons constaté que nos observations concordaient généralement aux informations recueillies lors des entrevues.

Quatre séances d'observation par cas ont été réalisées entre septembre 2004 et octobre 2005 totalisant 12 séances d'observation de une à deux heures chacune. Ces dernières ont été réparties également entre les réunions, discussions de cas et les comités de travail. Un journal de bord et une grille d'observation (annexe 2) ont été utilisés afin de répondre aux critères de fiabilité, de fidélité et de validité. La grille d'observation a été pré testé de la même façon que les grilles d'entrevues. Aussi, tant dans le cas d'observations en

contexte formel qu'informel, toutes les personnes observées ont préalablement complété le formulaire de consentement qui se trouve à l'annexe 1.

Documents d'archives

L'analyse des documents d'archives a été un autre moyen privilégié pour retracer les informations et les faits objectifs et pour reconstituer les éléments historiques marquants. Ces documents ont également permis de corroborer certains renseignements provenant des entrevues et des observations (Yin, 2003).

L'analyse documentaire a porté sur deux types de documents soit, des documents encadrant la pratique clinique et des documents administratifs. Les informations prélevées dans ces documents ont permis de répertorier des données relatives aux réseaux intégrés, aux organisations et aux professionnels impliqués. Ces données comprenaient des informations sur les ressources humaines, sur le type d'activités et sur les processus clinico-administratifs. Le potentiel d'information de ces documents a été évalué en référant au modèle conceptuel et à la qualité des informations recueillies lors des entrevues et des observations. Les données recueillies ont offert des renseignements notamment, sur la pertinence et la cohérence des règles régissant les réseaux intégrés, et sur la nature des préoccupations formelles des organisations et des professionnels impliqués dans ces instances. Chaque document a été examiné et analysé au moyen de la grille présentée à l'annexe 2. Le tableau 3 présente les types de documents utilisés.

Les 96 documents d'archives qui ont été analysés étaient principalement des politiques, documents d'orientation, des procédures et comptes rendus des réseaux intégrés et des organisations impliquées. La plupart des documents ont été produits entre 1998 et 2005.

Tableau 3 - Documents d'archives (1998-2005)

SOURCES	TYPES DE DOCUMENTS	NOMBRE DE DOCUMENTS
CAS 1 - RÉSEAU DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES		
MSSS	Politiques Orientations	4
Organisme de gouverne régional	Orientations Plans d'action Formations	5
Établissements	Plans d'action	2
	Formations	2
	Procédures	5
	Comptes-rendus	10
CAS 2 – PROGRAMME DE SUIVI POUR LES PATIENTS AUX PRISES AVEC UNE MPOC		
MSSS	Orientations	1
Organisme de gouverne régional	Orientations Plans d'action Formations	9
Établissements	Plans d'action	1
	Formations	2
	Procédures	8
	Dépliant	1
	Comptes-rendus	12
CAS 3 – RÉSEAU DE SERVICES POSTNATAUX		
MSSS	Politiques Orientations	8
Organisme de gouverne régional	Orientations Formation	2
Documents de recherche	Rapports Articles	5
Établissements	Plan d'action	1
	Formation	1
	Procédures	4
	Comptes-rendus	8
TOTAL		96

Légende :

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Organisme de gouverne régional : Régie de la santé et des services sociaux de Montréal, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux

Établissements : Centres locaux de services communautaires, Centres hospitaliers

Description des variables

Notre modèle conceptuel s'articule autour d'un ensemble de variables se rapportant aux pratiques stratégiques des infirmières, aux apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique, aux ressources individuelles ainsi qu'aux facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le développement des pratiques stratégiques et l'évolution des apprentissages organisationnels favorisant l'intégration clinique.

Pratiques stratégiques

Par pratiques stratégiques, nous entendons, les actions qui ont une portée stratégique dans la mesure où elles visent à planifier et à coordonner un ensemble d'opérations en vue d'atteindre un objectif (de Villers, 2005) soient, l'actualisation des finalités de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité. Ces pratiques sont diversifiées et sont susceptibles de produire des apprentissages individuels et organisationnels. Dans certains cas, ces pratiques stratégiques peuvent être des pratiques cliniques.

L'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel est une manifestation se traduisant par la capacité d'adaptation, les habiletés dans la résolution de problèmes, l'implication des employés, l'information sur le processus et l'environnement d'apprentissage (Argyris & Schon, 1996; Argyris & Schön, 1974; Levitt & March, 1988; Senge, 1991). Ainsi, pour chaque pratique stratégique identifiée, nous avons tenté de voir si l'une ou l'autre des manifestations d'apprentissage était perceptible et à partir de cette information et ainsi, il a été possible de préciser l'apprentissage qui se produisait.

Ressources individuelles et facteurs organisationnels

Les ressources individuelles sont composées des acquis personnels et professionnels. Elles réfèrent aux valeurs, connaissances, expériences et compétences des infirmières.

Les facteurs organisationnels pour leur part, se composent d'aspects structurels tels que la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. Elles comprennent aussi les systèmes de régulation, de communication et d'information, les ressources, les mécanismes de planification, de soutien et de développement ainsi que le système de récompense et de reconnaissance. Les facteurs organisationnels reliés directement au réseau sont qualifiés de facteurs internes tandis que les facteurs externes relèvent de l'environnement au pourtour du réseau de services (Goodwin et al., 2004; Knight & Pye, 2005; Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

L'annexe 3 présente la définition opérationnelle des variables. Par ailleurs, le tableau 4 présente les sources de données utilisées pour documenter empiriquement chacune des variables.

Tableau 4 - Sources de données pour identifier les variables

VARIABLES		ENTREVUES		OBSERVATIONS	DOCUMENTS
		Ind.	Gr.		
PRATIQUES FAVORISANT L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL					
	Pratiques cliniques	✓			✓
	Pratiques stratégiques	✓	✓	✓	
Manifestations d'apprentissages organisationnels					
	Capacité d'adaptation	✓		✓	
	Habilités dans la résolution de problèmes	✓	✓	✓	
	Implication des employés		✓	✓	✓
	Information sur le processus	✓	✓		
	Environnement d'apprentissage	✓		✓	
RESSOURCES INDIVIDUELLES					
Valeurs	Valeurs individuelles	✓			
	Valeurs professionnelles	✓	✓		
Connaissances	Scolarisation	✓			
	Expérience	✓			
	Expertise	✓	✓	✓	
	Spécialisation	✓	✓	✓	
Compétences stratégiques	Confiance	✓	✓		
	Collaboration	✓	✓	✓	
	Négociation	✓		✓	
	Leadership	✓		✓	
Habilités	Communication	✓	✓	✓	
	Gestion de l'information	✓	✓		
FACTEURS ORGANISATIONNELS					
	Vision	✓			✓
	Valeurs organisationnelles	✓	✓	✓	✓
	Règles, protocoles, procédures	✓	✓		✓
	Système de communication - information	✓			✓
	Système de récompense et de reconnaissance	✓			✓
	Évaluation des processus et résultats	✓	✓		✓
	Ressources humaines	✓			
	Mécanismes de planification, de soutien et de développement	✓	✓	✓	

Déroulement de l'étude

L'atteinte des objectifs d'une étude de cas est étroitement liée au respect des étapes et des démarches s'y rapportant (Stake, 1995; Yin, 2003). Cette étude s'est déroulée en cinq étapes : la préparation, le recrutement des cas et des participants, la collecte de données, le traitement, l'interprétation des données et la diffusion des résultats (Gagnon, 2012).

La préparation comprenait l'élaboration du protocole de recherche et son approbation par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. Cette étape a débuté en mars 2003 et s'est complétée en juin 2004. Puis, le projet de recherche a été présenté à la direction de l'organisme de gouverne régional puis, à des gestionnaires d'établissements susceptibles d'être sélectionnés. Lors de cette étape de recrutement, le protocole de recherche a été soumis aux comités d'éthiques des établissements sélectionnés (lorsque l'établissement était doté d'une telle structure). Une période de cinq mois a été nécessaire avant d'obtenir les différentes approbations des établissements sélectionnés. Puis, des rencontres avec les participants intéressés se sont déroulées du mois de juin à septembre 2004 où ces derniers ont reçu la documentation d'information nécessaire et ont exprimé leur consentement à participer à l'étude.

La collecte de données a débuté dès que tous les participants du premier cas à l'étude ont été identifiés. Ainsi, du mois de septembre 2004 au mois d'octobre 2005, ont eu lieu les entrevues sur rendez-vous et les observations, de même que l'étude des différents documents.

Puis, s'en est suivie l'étape du traitement des données qui s'est effectuée dès le début des entrevues, car il était essentiel d'éviter que le temps et le cumul d'information ne viennent affecter l'interprétation des données. Ainsi, les données ont été transcrites au fur et à mesure, de septembre 2004 à décembre 2005. L'interprétation des données a débuté dès que les premières entrevues ont été transcrites et s'est poursuivie jusqu'en décembre 2006. L'analyse et la rédaction des cas se sont effectuées de janvier 2007 à juin 2010. Par la suite, de juin 2010 à septembre 2011, l'analyse transversale a été complétée.

Des résultats préliminaires ont été diffusés en septembre 2005, en septembre 2007 puis de septembre 2009 à juin 2010 auprès des établissements participant à l'étude et d'autres établissements.

Traitement et analyse des données

Pour répondre aux objectifs de cette étude, les analyses ont été effectuées en considérant les cas, de façon holistique (Yin, 2003). Ce niveau d'analyse, en cohérence avec les propositions de recherche, a permis d'explorer, pour chaque cas, les relations entre les pratiques stratégiques des infirmières et les apprentissages organisationnels en faveur de l'intégration clinique ainsi que les ressources individuelles et les facteurs organisationnels impliqués.

En nous appuyant sur les travaux de Crozier et de Friedberg (1977), nous avons réalisé les étapes d'analyse suivantes. La première étape de l'analyse, qualifiée d'inductive, a cherché à connaître les construits à partir de la réalité empirique, et à identifier les enjeux, la position et les jeux des acteurs, dans leur système d'action et leur environnement (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997). Afin d'apprécier les variables empiriquement, les données ont été transcrites et traitées au moyen du logiciel ATLAS.ti.

La codification des données a été effectuée au moyen de la méthode de décontextualisation en onze étapes de Van der Maren (1996) en utilisant principalement un codage mixte c'est-à-dire, des catégories et variables prédéfinies à partir du cadre conceptuel laissant émerger des dimensions et les dynamiques insoupçonnées initialement à partir de la lecture du matériel. Cette méthode de codification a permis de demeurer ouvert dans le processus de recherche. Cette stratégie de codage correspond à la démarche inductive, axée sur l'exploration et la description du phénomène.

Pour identifier empiriquement les pratiques stratégiques, nous avons utilisé les travaux de Crossan et coll. (1999) sur les quatre phases d'apprentissage organisationnel (intuition, interprétation, intégration et institutionnalisation) ainsi que la taxonomie de Bloom (1956) qui présente une hiérarchie d'actions facilitant l'apprentissage et favorisant la maîtrise des concepts. Au moment de l'analyse des entrevues, les actions de Bloom (1956) associées à chacune des phases d'apprentissage organisationnel (Crossan et al., 1999) ont

permis de repérer les pratiques stratégiques. Le tableau 5 présente les actions qui ont servi de guide pour identifier les pratiques dans chaque phase.

Tableau 5 - Actions associées aux phases d'apprentissage organisationnel

PHASES	ACTIONS
Intuition	<ul style="list-style-type: none"> • essayer • expérimenter • explorer
Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> • expliciter • expliquer • exposer • exprimer
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • échanger • effectuer • engager (s') • entraider
Institutionnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • écrire • édicter • encadrer • établir

La seconde étape de l'analyse, qualifiée de déductive, a permis d'ouvrir une perspective de reconstruction du jeu à partir des comportements observables. Cette étape a permis de comprendre les rôles que jouaient certaines infirmières, les pratiques stratégiques auxquelles elles recouraient et la signification que ces dernières leur donnaient dans le contexte de la mise en réseau. Ce faisant, il a été possible de démontrer la nature et l'étendue des leviers et des contraintes reliées aux ressources individuelles des infirmières et aux facteurs organisationnels (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997).

Pour ce faire, la construction d'une explication, selon les principes de Yin (2003) (*explanation building*) a été utilisée à partir d'illustrations ou de « minis cas dans un cas » (Stake, 2004). Un narratif de chacun des cas et une analyse transversale a permis d'approfondir la compréhension des relations entre les différents cas à l'étude, les attributs des pratiques stratégiques des infirmières, les processus d'apprentissages organisationnels qui sont associés à l'intégration clinique représentée dans cette étude, par les types d'intégration (Huberman & Mills, 1991; Stake, 1995). La technique et le diagramme de causalité pour l'analyse de cas multiple de Huberman et Mills (1991) ont été utilisés pour soutenir cette étape. Cette technique, a permis les regroupements conceptuels à partir d'une « analyse comparée de tous les cas sur les variables considérées comme ayant influé le plus sur les résultats ou effets à l'étude » (Huberman & Mills, 1991, p.350-351) et a favorisé la

proposition de moyens pour compresser et illustrer les données. Les données ont ainsi été analysées pour présenter une illustration dynamique des pratiques stratégiques des infirmières dans chacun des cas.

Critères de scientificité de l'étude

Le recours à l'étude de cas doit obéir à des normes scientifiques et sa réalisation doit être empreinte d'une rigueur liant les aspects théoriques et méthodologiques (Yin, 2003). Afin d'atteindre cet objectif, cinq critères sont utilisés pour témoigner de la qualité scientifique de cette étude de cas. Ces critères sont : la fiabilité interne et externe ainsi que la validité interne, externe et celle du construit (Gagnon, 2012; Gauthier, 1997; Poupart et al., 1997; Stake, 1995; Yin, 2003).

La fiabilité interne

La fiabilité interne a pour objectif de démontrer que d'autres chercheurs arriveraient sensiblement aux mêmes conclusions s'ils traitaient et interprétaient les mêmes données (Gagnon, 2012). La fiabilité interne passe par différentes activités dont l'utilisation de descripteurs précis qui réduit le nombre d'inférences, la protection des données brutes assurant la vérification de la véracité des interprétations, la révision de l'interprétation des données par des pairs pour assurer la cohérence, la confirmation des données recueillies auprès des participants afin d'assurer la conformité à la réalité observée, la description du processus témoignant d'une sélection judicieuse des participants et enfin, la mise au jour de la position du chercheur.

Afin d'assurer la fiabilité interne dans cette étude, les processus de sélection des établissements et des participants ont été décrits et respectés rigoureusement. Par ailleurs, les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio pour assurer l'exactitude dans la retranscription et ces dernières sont conservées dans un lieu sécuritaire et ont été retranscrites sur support informatique. Les données ont été codées à partir du logiciel Atlasti puis, un contre-codage a été effectué par un second chercheur dans le cadre d'un prétest effectué auprès de participants dans un cas répondant aux mêmes critères de sélection afin de s'assurer de la précision des descripteurs. De plus, un journal de bord a été utilisé pour rendre explicites les préconceptions et préjugés du chercheur (Gagnon, 2012).

La fiabilité externe

La fiabilité externe fait en sorte qu'un autre chercheur indépendant qui prendrait des cas similaires obtiendrait sensiblement les mêmes résultats (Gagnon, 2012). Afin d'y arriver, le chercheur doit établir sa position en décrivant les facettes de la réalité observée et en explicitant le point de vue à partir duquel les observations ont été recueillies. La fiabilité externe repose aussi sur une description du processus qui témoigne d'une sélection judicieuse des informateurs. De plus, afin de faciliter la compréhension de l'analyse des données et la réplication de l'étude, les caractéristiques de chaque cas doivent être énoncées et précisées. Par ailleurs, la définition des concepts, des construits, des unités d'analyse ont une influence sur la fiabilité externe. Il en va de même de la stratégie de collecte des données (Gagnon, 2012).

La fiabilité externe de cette étude repose sur le fait que le protocole de recherche a été élaboré en s'inspirant de plusieurs ouvrages renommés dans les domaines de l'organisation des soins, des sciences infirmières et de l'éducation, de la sociologie et de la méthodologie de recherche. Le modèle conceptuel, le devis qui en a découlé ainsi que le choix et la description des variables sont en lien direct avec les éléments relevés dans les écrits. De plus, la sélection des établissements et des participants a été effectuée en se basant sur les critères précis et en impliquant des informateurs clés. Par ailleurs, chaque cas a été soigneusement décrit en précisant le contexte particulier du cas et de l'illustration étudiée et en complément, des caractéristiques sur les mandats des établissements et des participants ont été prises en compte (Annexes 4-5-6).

La validité interne

La validité interne cherche à assurer que les phénomènes décrits sont des représentations authentiques de la réalité observée. Les stratégies pour assurer la validité interne reposent sur le contrôle des effets de présence de l'observateur, la constitution d'un échantillon représentatif, le maintien d'une charte de signification des données pour chaque cas, l'identification des explications rivales. La validité interne passe par la qualité de la démarche d'analyse des données et par l'utilisation de modèles d'analyse pertinents (Gagnon, 2012).

La validité interne de cette étude a été assurée par la diversité de ses sources de données soit : les entrevues individuelles et de groupe, les séances d'observation et l'analyse de documents d'archives. Ensuite, tant au niveau de la collecte d'information que de l'analyse de cette dernière, le principe de saturation des données a été retenu pour colliger le maximum d'informations pertinentes afin d'assurer l'exhaustivité théorique. La méthode de codage incluant l'instrument (logiciel) qui a été privilégié s'est démarquée à la fois par sa rigueur et par sa flexibilité, assurant la fidélité, la fiabilité de la démarche. Enfin, une triangulation des données lors de l'analyse et le va-et-vient constant entre les données, les hypothèses de recherche et la littérature a permis d'augmenter la validité interne de l'étude en matière de pertinence, de convergence et de cohérence (Eisenhardt, 1989; Gauthier, 1997; Poupart et al., 1997).

La validité externe

La validité externe permet de fournir des résultats qui peuvent être comparés ou contrastés avec d'autres cas. Pour y arriver, il importe de contrôler l'effet de la particularité des sites à l'étude, d'éviter le choix d'un site sursaturé d'études et enfin, de choisir des cas reproductibles dans le temps (Gagnon, 2012).

La validité externe de l'étude repose sur une logique de réplique théorique correspondant à une généralisation analytique. Cette dernière est reliée au fait qu'au moins deux cas supporteraient les mêmes postulats théoriques (Yin, 2003). À cet égard, cette étude implique trois cas correspondant aux critères recherchés et les quatre illustrations qui en découlent indiquent une certaine reproductibilité dans le temps.

La validité du construit

La validité du construit tente de démontrer que les significations sont partagées au travers du temps, des sites et des populations. Cette démonstration s'effectue dans la mesure où les cas sélectionnés correspondent aux objectifs de l'étude et où les indices de mesure pour recueillir, traiter et interpréter les données sont appropriés (Gagnon, 2012). La validité du construit est également reliée à la variété des sources d'information et à la triangulation des données ainsi qu'à la transparence dans la diffusion des résultats.

La validité du construit a été assurée par le fait que les cas sélectionnés correspondaient aux objectifs de la recherche et aux construits à étudier. Par ailleurs, la description des variables ainsi que la méthode de collecte de donnée privilégiée, en se reposant sur plusieurs sources d'évidences, ont permis d'augmenter la convergence de la recherche et ont facilité le processus de triangulation rendant ainsi les conclusions plus convaincantes et renforçant la validité du construit (Yin, 2003).

La validité de chacune des sources d'informations a été assurée de trois manières : par la qualité des grilles d'entrevues, d'observation et d'analyse de documents d'archives (annexe 2) et par la méthode employée pour la collecte proprement dite. Tant pour les entrevues, les observations que pour l'analyse des documents d'archives, les grilles de collectes de données construites à partir des variables étudiées et de la littérature pertinente, ont été soumis à des prétests auprès d'un groupe de professionnels dans un réseau intégré de soins et de services ne faisant pas partie de l'étude. Enfin, la présentation et la défense du protocole de recherche ainsi que la présentation des résultats et des analyses de cette étude font foi d'un souci de transparence.

Considérations éthiques

Afin de répondre aux considérations éthiques, ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (Annexe 1) et par les comités d'éthique des trois établissements qui étaient dotés de cette structure (Doucet, 2002). De plus, les établissements ne disposant pas de comité d'éthique ont manifesté leur accord au moyen d'une lettre d'appui. Par ailleurs, chaque établissement visé par cette recherche a reçu une synthèse du protocole lors d'une rencontre avec la personne responsable.

Chacun des participants a signé un formulaire de consentement avant de participer à cette étude. Afin de permettre un consentement éclairé, ce formulaire présentait des informations sur la nature du protocole, les avantages et les risques, les personnes contact, la confidentialité, les indemnités, la liberté de consentement et de se retirer et sur l'arrêt du projet par le chercheur. Chaque professionnel a reçu une copie du consentement qu'il a signé. Les consentements et tous les documents sensibles sont classés sous clé et sont accessibles uniquement à la chercheuse.

Afin d'assurer la précision dans la transcription des données, les entrevues individuelles et de groupe ont été enregistrées sur bande audio et ont été anonymisées lors des transcriptions. Les transcriptions ont été effectuées par une secrétaire qui a signé une entente de confidentialité (annexe 1). Les bandes audio sont conservées dans un endroit sécuritaire et seront détruites après l'acceptation de la thèse. Par ailleurs, nous sommes assurés que les établissements participants valident la description du cas les concernant. Aussi, aucune donnée nominale sur les établissements ou les professionnels participants n'a été notée dans le rapport de recherche.

Enfin, mise à part la chercheuse, seuls les directeurs académiques, qui sont tenus au secret professionnel, ont eu accès à l'ensemble des données.

Chapitre 5 - Description et analyse des cas

L'apprentissage organisationnel, tout comme la mise en réseau, sont des phénomènes complexes. Cette complexité représente un réel défi puisque les frontières des systèmes que nous tentons d'étudier sont fluctuantes (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997). Aussi, afin de dépasser cette limite et de mieux cibler les pratiques stratégiques des infirmières évoluant dans des réseaux intégrés de soins et de services, des situations particulières ont été identifiées dans chacun des cas. C'est ce que Stake nomme des « mini cas dans un cas » (Stake R.E., 2004). Ces situations nommées « illustrations », permettent d'identifier : les pratiques générant des apprentissages organisationnels qui vont dans le sens d'une plus grande intégration clinique; les ressources individuelles mobilisées dans ces pratiques; puis, de reconnaître les facteurs organisationnels agissant soit sur les pratiques de l'infirmière proprement dit ou sur la capacité d'apprentissage organisationnel de l'ensemble des professionnels.

Les trois cas étudiés soit, le réseau de services pour les personnes âgées, le réseau de soins pour les personnes aux prises avec une MPOC et le réseau de services postnataux et les illustrations qui ont été identifiées sont présentés de façon similaire. Ainsi, chaque cas débute par une mise en situation suivie des précisions sur les frontières du cas et une description de l'évolution, de la structure et du fonctionnement du réseau. Par la suite, une mise en contexte de l'illustration choisie est effectuée. Puis, les pratiques stratégiques identifiées et les apprentissages qu'ils génèrent sont présentés pour chaque phase d'apprentissage. S'en suit une description des ressources individuelles et organisationnelles influençant les recours aux pratiques stratégiques ou soutenant la démarche d'apprentissage organisationnel. Une synthèse analytique vient conclure chaque illustration. Cette synthèse a pour objectifs de mettre en évidence, à partir du cadre conceptuel proposé (cf. figure 2), le développement et l'évolution des pratiques favorisant l'intégration clinique, les influences des ressources individuelles et des facteurs organisationnels sur ces pratiques et sur l'apprentissage organisationnel et de présenter l'interaction dynamique entre pratiques et apprentissages considérant les quatre phases.

Cas 1 - Réseau de services pour les personnes âgées²

Mise en situation

Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées a pour objectif de rendre les services de première ligne plus accessibles et d'améliorer la continuité et la coordination des services entre la première ligne et les services spécialisés afin de favoriser un retour à domicile lorsque possible.

Ce réseau dessert les personnes âgées de plus de 75 ans de même que leurs proches. La plupart du temps, ces personnes présentent un profil de comorbidité associé à des problèmes psychosociaux (ex. isolement, pauvreté, conjoint malade, etc.). Cette clientèle en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie reliée aux effets du vieillissement, manifeste des problèmes cognitifs, physiques et sensoriels, qui la limite dans sa fonctionnalité. La clientèle de ce réseau se caractérise aussi par son instabilité. L'ensemble de ces caractéristiques permettent de déterminer que ce réseau correspond à une typologie *d'intégration complète de haute complexité* (Leutz, 1999). Les services requis présentent un niveau d'intensité moyenne à sévère. Ils sont offerts à court, moyen et long terme, incluant les soins de fin de vie.

Afin de compléter son mandat, ce réseau fait appel à une diversité de professionnels provenant de différentes catégories d'établissements (Centres locaux de services communautaires (CLSC), centres hospitaliers (CH), centres d'hébergement, cliniques médicales, pharmacies communautaires, organismes communautaires, etc.). Cette équipe multidisciplinaire, qui a la responsabilité de gérer tous les soins et services, travaille avec un gestionnaire de cas (infirmière, travailleur social, etc.), qui coordonne tous les services dispensés.

La mise en réseau des services aux personnes âgées est un dossier prioritaire dans la région socio sanitaire urbaine étudiée puisque la population âgée de plus de 65 ans représente 15,3% de la population totale soit, 276 610 personnes sur 1 812 210 habitants.

² Le réseau de santé québécois a subi une réforme importante en 2004 qui a eu pour impact de créer de nouvelles entités administratives appelées « Centres de santé et de services sociaux » (CSSS). Étant donné que cette réforme a commencé à s'appliquer concrètement dans les établissements en juin 2005 et que nous avons effectué la collecte de données entre le 24 octobre et le 2 décembre 2004, nous avons choisi de nommer les organisations selon leur appellation d'avant réforme.

Cette proportion est la plus élevée parmi les grandes villes canadiennes³. Les tendances sont sans équivoques à l'effet que cette situation s'amplifiera de deux façons puisque d'une part, les personnes âgées ont une espérance de vie de plus en plus longue et que, d'autre part, le phénomène de migration des personnes âgées qui quittent les banlieues pour entrer dans la métropole afin de se rapprocher géographiquement des centres de soins spécialisés prend de l'importance depuis les dernières années. Cette tendance a des impacts sur les services aux personnes âgées mais aussi, sur des services pour l'ensemble de la population tels que les services d'urgences (ex. salles d'urgences et transport ambulancier). Notons aussi que le niveau de perte d'autonomie, l'isolement social et le manque des ressources financières chez la personne âgée ont une influence directe sur la lourdeur et la diversité des services requis ainsi que sur le nombre et le type d'établissements et organismes qui seront appelés à se coordonner dans cette offre de services.

La région socio sanitaire à l'étude comprend vingt-neuf CLSC, seize CH ainsi qu'un institut universitaire de gériatrie qui offre des services ultra-spécialisés. À ces établissements s'ajoutent de nombreuses ressources d'hébergement publiques et privées ainsi que des cliniques médicales.

Les frontières du cas

Étant donné le nombre important d'établissements impliqués dans le réseau de services pour les personnes âgées dans la région socio sanitaire visée par l'étude, trois établissements ont été identifiés. Il s'agit de deux CLSC et d'un CH.

Les établissements ont été sélectionnés à partir des critères de sélection énoncés au chapitre de la méthodologie. De plus, les établissements sélectionnés présentent les caractéristiques suivantes :

- Les deux CLSC sélectionnés desservent des territoires ayant un fort pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans, respectivement 18,85% et 16,43% de leur population⁴.
- Le CLSC qui a le plus fort pourcentage de personnes âgées est reconnu pour son dynamisme et pour son avant-gardisme dans plusieurs services dont celui des personnes âgées.

³ Statistiques Canada, recensement 2001

⁴ Ibid.

- Les deux CLSC sélectionnés sont situés dans la sous-région desservie par le CH choisi.
- Les deux CLSC présentent des caractéristiques similaires quant à leurs clientèles tant sur les plans socio sanitaire que socio-économique⁵.
- Le CH sélectionné se démarque par ses solutions d'avant-garde pour répondre aux besoins des personnes âgées et pour assurer la continuité des soins et des services.
- Collaboration de longue date entre les trois établissements.
- Certains intervenants du CH et d'un des CLSC sélectionné sont reconnus pour leur investissement depuis le début des travaux régionaux relatifs aux personnes âgées notamment autour du rôle de gestionnaire de cas.
- Les deux CLSC ont des modes de fonctionnement différents quant à la fonction de gestion de cas.

Le réseau de services pour les personnes âgées implique les professionnels des CLSC et des CH de même que les médecins qui interviennent auprès des personnes âgées. Les mandats des établissements et des professionnels impliqués dans ce réseau sont décrit à l'annexe 4. Les mesures prévues pour favoriser l'intégration des services demandent des ajustements considérables aux professionnels des CLSC et dans une moindre mesure, à ceux des CH. Les médecins des cliniques privées quant à eux sont touchés dans la mesure où ils sont appelés à collaborer avec les professionnels des CLSC et des CH.

Pour rendre compte des pratiques stratégiques des infirmières dans ce réseau, deux illustrations sont utilisées. Dans ces illustrations, des infirmières ont eu recours à des actions particulières afin de stimuler l'apprentissage organisationnel permettant à l'ensemble des acteurs de développer ou de consolider des pratiques qui vont dans le sens de l'intégration. Ces illustrations sont utiles pour mieux comprendre comment les contextes, événements et l'action des acteurs se canalisent en faveur du phénomène étudié.

La première illustration intitulée « Réaliser l'intégration dans le CH pour faciliter l'intégration dans le réseau », décrit la position du CH qui offre des services spécialisés de deuxième ligne et qui tente d'ajuster ses pratiques internes pour améliorer la continuité et la coordination de ses services avec ceux de la première ligne dans la communauté. La seconde illustration appelée « La mise en place d'un rôle clé dans le réseau de services aux personnes âgées » présente quant à elle, le défi de la mise en place du rôle de gestionnaire de cas.

⁵ Ibid.

Dans chacune de ces illustrations, les infirmières occupent des fonctions qui ont une influence sur l'intégration en matière d'accessibilité, de continuité ou de coordination des soins et services. L'identification des pratiques stratégiques des infirmières dans les deux illustrations permettra de découvrir les ressources personnelles et les facteurs organisationnels sollicités dans le processus d'apprentissage organisationnel et surtout, de comprendre le processus d'apprentissage qui fait que ces pratiques, au départ individuelles, deviennent des pratiques collectives.

Les données recueillies proviennent de l'analyse documentaire, de vingt entrevues individuelles, d'une entrevue de groupe et de quatre séances d'observation effectuées dans les établissements sélectionnés.

L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau de services aux personnes âgées

Pour une meilleure compréhension, il apparaît pertinent d'exposer d'abord, les éléments principaux de l'évolution récente de ce réseau pour, dans un deuxième temps, en préciser la structure telle que prévue dans les différentes politiques et documents d'orientations diffusés par le ministère de la santé et des services sociaux et l'instance de gouverne régionale. Par la suite, il sera plus facile de faire un lien avec la situation telle que perçue par les répondants de notre étude ce qui permettra de saisir les enjeux de fonctionnement de ce réseau.

Bien que les services de maintien à domicile pour les personnes âgées existent au Québec depuis la création des CLSC en 1972, c'est véritablement depuis 1995 que des travaux ont été initiés tant sur les plans national, régional que local, pour améliorer l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services aux personnes âgées (MSSS, 2000, 2001, 2003, 2004a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 1998). Ils ont été accompagnés par des projets de recherche qui ont soutenu et influencé les orientations prises par les décideurs (Béland, Bergman, & Lebel, 2001; Durand et al., 2001; Hébert, Tourigny, & Gagnon, 2005; Larivière, Hockenstein, & Montejo, 2000).

Les orientations générées par ces travaux font état notamment des différentes composantes à mettre en place dans un réseau de services intégrés pour les personnes âgées

(RSIPA) (MSSS, 2001). Les trois composantes identifiées sont reliées à des aspects cliniques, organisationnel et administratif.

La « composante clinique » prévoit quatre éléments soit, un *système de gestion de cas* qui vise à assurer la continuité et la coordination des services; une *équipe locale de maintien à domicile* multidisciplinaire pour répondre à la gamme de besoins des personnes âgées; des *services médicaux* accessibles et des *services spécialisés de gériatrie*.

La « composante organisationnelle » quant à elle, privilégie la présence d'un *guichet pour les personnes en perte d'autonomie* afin de faciliter l'accès aux services pour les personnes âgées, leurs proches, ainsi que pour les partenaires publics, privés et communautaires; l'utilisation d'un *système d'évaluation* permettant notamment le dépistage et l'évaluation précoce et globale des personnes vulnérables. Le troisième élément de la composante organisationnelle est la mise en place d'un *système de communication* efficace permettant aux professionnels du réseau d'être reliés entre eux. Enfin, la « composante administrative » projette des *mécanismes de concertation* pour assurer la cohésion des impératifs cliniques et administratifs; la nomination d'un *responsable local* pour gérer le fonctionnement territorial des soins et des services offerts et un *financement « dédié »* aux personnes âgées.

Les politiques et documents d'orientations consultés démontrent un effort de structuration au plan décisionnel (MSSS, 2001, 2003, 2004a). Dans ces documents, la démarche d'intégration est associée à des établissements ou organisations portant différentes missions, travaillant en complémentarité afin d'éviter la duplication des services.

Les services aux personnes âgées interpellent tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à l'exception de ceux à vocation pédiatrique (les centres hospitaliers, les CLSC, les centres d'hébergement, les cliniques médicales, les pharmacies et les organismes communautaires). En référant toutefois aux documents d'orientation du MSSS (MSSS, 2001, 2003, 2004a) ainsi que ceux de la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998), ce sont particulièrement les CLSC qui doivent ajuster leur rôle, car l'objectif attendu tant au MSSS qu'à l'instance de

gouverne régionale est de maintenir la personne âgée le plus longtemps possible dans son milieu naturel; son domicile (annexe 4).

Malgré la présence d'orientations nationales et régionales, les répondants précisent que la mise en réseau est un chantier complexe et qu'il y a encore beaucoup à faire pour assurer une réelle intégration clinique notamment en ce qui a trait à la coordination et à la continuité des services.

« Tout ne peut pas être intégré. Je pense qu'il va falloir qu'il y ait des couloirs de services, des ententes de services. (...)Moi je pense que tous les services dans la communauté, les services de première ligne, les services même de deuxième ligne, quand on parle d'hébergement, doivent être intégrés. Ce qui est difficile à intégrer, je pense, les réseaux hospitaliers. Je pense que quand on parle d'intégration il faut parler aussi de secteur géographique. On ne peut pas intégrer tout le réseau montréalais. C'est un monstre à intégrer. Dans ce réseau-là il y a des établissements qui sont à vocation nationale, suprarégionale. Il y a aussi, ce qui est très difficile à intégrer, c'est le privé et le public. » (Gestionnaire)

Les répondants partagent une lecture assez claire et similaire des finalités de leur réseau mais ces derniers expriment que les établissements et les acteurs professionnels ont de la difficulté à appliquer ces orientations ce qui a un impact négatif sur l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services. Les répondants et les observations effectuées dans les différents milieux indiquent en outre, des faiblesses en matière de continuité entre les différents milieux de soins et de services.

« ...je ne sais pas comment on peut parler de collaboration alors qu'on ne se parle jamais. Je ne sais pas comment. Dans le fond on parle de références inter établissements et là on nous envoie une référence et ça nous arrive mais dans certains cas c'est complexe on n'a jamais collaboré. » (Infirmière gestionnaire)

La section suivante permet de s'attarder à la description de deux illustrations en centrant l'attention sur les pratiques des infirmières dans ces situations. L'objectif étant d'abord, d'identifier les pratiques stratégiques utilisées par les infirmières qui ont des fonctions particulières dans ce réseau puis, de voir dans quelle mesure et de quelle manière ces pratiques contribuent à l'apprentissage organisationnel en faveur d'une plus grande intégration clinique. Dans un deuxième temps, une description des ressources individuelles susceptibles de soutenir le recours aux pratiques stratégiques et des facteurs organisationnels influents sur ces pratiques et sur leur impact en matière d'apprentissage

organisationnel est présentée. Une synthèse analytique vient conclure ces illustrations. Cette synthèse a pour objectifs de mettre en évidence les particularités de l'illustration et de les expliciter en se reposant sur le cadre conceptuel proposé.

Illustration 1.1 – Réaliser l'intégration dans le CH pour faciliter l'intégration dans le réseau

Dans cette première illustration, le défi d'intégration se situe à deux niveaux; développer des pratiques plus intégrées à l'intérieur même du CH et soutenir ou collaborer avec certaines ressources dans la communauté pour répondre aux besoins de la personne âgée. Plusieurs répondants affirment de façon plus ou moins directe qu'il existe une certaine disparité dans l'offre de soins aux personnes âgées au CH et même, qu'il y a absence de lien entre certains départements du CH qui ont pourtant le mandat de s'occuper des personnes âgées. Comme en témoigne une infirmière du CH dans la citation qui suit, les liens sont ténus entre les professionnels du CH pour une clientèle qui pourtant leur est commune. La citation témoigne aussi d'une distance géographique entre les points de services dans le CH, ce qui peut contribuer à fragiliser ces liens.

« L'infirmière de liaison là-bas (à l'UCDG) c'est au suivi intégré. Elle suit plus de la clientèle à domicile. Elle s'occupe des ressources inter. On n'a pratiquement pas de lien entre nous. C'est sûr qu'on est comme deux unités différentes (dans 2 pavillons du CH situés à 1 km de distance). Ils ont leur équipe les deux on est aussi en lien avec les CLSC. » (Infirmière)

Face à cette situation, certaines infirmières ont recours à des pratiques dites stratégiques pour améliorer l'intégration clinique à l'intérieur même de l'hôpital. Ces infirmières qui sont les « actrices principales » de cette illustration, occupent des fonctions formelles *d'infirmière au suivi intégré* et *d'infirmière de liaison en gériatrie*. Elles travaillent dans deux pavillons différents. La première évolue à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), dans une équipe multidisciplinaire de six professionnels (travailleur social, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, médecin et infirmière). La seconde travaille à l'unité de gériatrie du CH avec un nombre important et une diversité de professionnels responsables de la dispensation des soins aux personnes âgées hospitalisées.

Cette infirmière intervient aussi auprès du personnel de soins des autres unités du CH lorsqu'une personne âgée présentant un profil gériatrique⁶ est hospitalisée sur leur unité.

Pratiques stratégiques et apprentissage organisationnel

Les différentes pratiques stratégiques ont été identifiées principalement chez l'infirmière au suivi intégré et l'infirmière de liaison en gériatrie. Ces pratiques sont catégorisées dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel tel que définit par Crossan et collègues (1999) puis, une analyse et une explication est avancée afin de mieux comprendre en quoi et comment ces pratiques peuvent supporter l'apprentissage organisationnel à la faveur d'une meilleure intégration en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité des soins et services pour les personnes âgées.

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intuition

Les pratiques dans la phase d'intuition réfèrent à l'essai, à l'expérimentation et à l'exploration. À ce chapitre, l'infirmière du suivi intégré privilégie deux types de pratiques: le *dépistage* et l'*expérimentation*.

Elle anticipe qu'il y a des discontinuités et un manque de coordination entre les professionnels et les services du CH mais elle a besoin d'avoir une idée plus claire de la nature des problèmes et de leur impact. Elle se place donc en position d'écoute et d'observation des problèmes dans le CH. Elle fait en quelque sorte, du *dépistage* de situations problématiques dans le CH.

« Donc présentement, je suis comme en train de lever des petits lièvres comme ça. Et je trouve toujours ça malheureux parce que quand je donne des cours de préparation de congé, je le donne tout le temps cet exemple-là du patient qui part de l'urgence avec sa sonde et qui n'a pas eu l'information à savoir comment la vidanger. » (Infirmière)

À d'autres moments, elle se placera en situation d'exploration. Par exemple, après avoir identifié une situation problématique, elle fera des essais afin de trouver une façon de faire plus efficace et c'est ce que nous nommons des *expérimentations*. Dans l'exemple qui suit, l'infirmière au suivi intégré fait des essais autour de la collecte d'information pour fins de référence vers le CLSC. Afin de résoudre des problèmes d'arrimage entre le CH et les

⁶ Profil gériatrique : personne âgée à risque de perte d'autonomie, personnes âgées en perte d'autonomie et personnes présentant des caractéristiques gériatriques.

CLSC elle expérimentera elle-même un nouveau processus de collecte d'information et de référence qu'elle évaluera avant d'envisager un éventuel partage d'information.

« Normalement un patient devrait être récupéré par l'infirmière de liaison. Dans mon plan d'intervention je pourrais noter et préparer le congé avec l'infirmière de liaison. Donc je le fais moi-même de ce temps-là pour documenter parce que ça, c'est comme une autre chose que je trouve difficile, les gens font des références au CLSC, mais ils ne les documentent pas. Ils font ça en vrac. Avec ça, on dit que le CLSC n'est pas fin, mais ils n'ont pas d'éléments pour prioriser, prioriser la demande. Donc je veux l'expérimenter moi-même qu'est-ce que ça implique de bien documenter une demande et essayer de voir si le CLSC reçoit ça différemment. Est-ce qu'ils font une analyse différente si je leur donne plus de jus ou si on fait une référence bien en vrac, si ça passe de la même façon ? »
(Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques intuitives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Dans la phase d'intuition, deux types de pratiques ont été identifiées : le dépistage et l'expérimentation. Le dépistage est une pratique que l'infirmière effectue seule et où, elle se place en position d'écoute et d'observation de son organisation et de son réseau. À ce moment, elle s'interroge sur les aspects qui fonctionnent moins bien dans son réseau. Elle cherche à identifier les « erreurs de système » (Argyris & Schön, 1978) ou les situations dans lesquelles les clientèles souffrent d'un manque d'accessibilité, de continuité ou de coordination dans les services offerts. Cette pratique lui permet de conceptualiser les situations problématiques c'est à dire de passer de l'impression à l'identification des problèmes voire à une certaine compréhension et explication des situations problématiques. Cette démarche lui permet aussi de mettre des mots sur ses « a priori » préparant ainsi le terrain à d'autres pratiques situées en phase d'interprétation. Ainsi, elle réalise par ses actions de dépistage, la nature des résistances lui permettant ainsi, d'ajuster son approche.

L'expérimentation quant à elle est une pratique stratégique utilisée dans le but d'explorer et d'expérimenter en solitaire, des approches ou des façons de faire qui lui semblent prometteuses. Cela lui donne l'occasion de tester ses hypothèses et ses solutions avant de les diffuser à ses collègues. Cette stratégie est utile dans la mesure où elle permet l'identification précoce des erreurs de système et la découverte de stratégies novatrices et efficaces qui, testées à petite échelle, évitent d'engager tout le système dans de nouvelles « erreurs ».

Ce qui caractérise les pratiques identifiées dans la phase d'intuition c'est qu'elles sont individuelles et spontanées dans le sens où elles répondent à une pulsion, un besoin ou un malaise immédiat. L'infirmière a recours à ces pratiques de façon quasi automatique ce qui explique qu'elle peut avoir de la difficulté à justifier ou expliquer ses pratiques. Bien que le recours à ces pratiques se fasse de façon tacite, leur usage permet à l'infirmière de mieux comprendre certains phénomènes ou situations dans l'organisation ou dans le réseau ce qui lui permettra éventuellement, d'explicitier son analyse ou ses pistes de solutions et surtout, de vouloir les partager. Ces pratiques sont donc nécessaires pour instrumenter l'infirmière afin qu'elle utilise des pratiques stratégiques « interprétatives ». Le tableau 6 présente les pratiques identifiées ainsi que les apprentissages qu'elles génèrent.

Tableau 6 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Dépistage	Identification d'« erreurs de système » Identification d'une nouvelle clientèle à desservir	Individuel
Expérimentation	Identification des informations à enrichir et des processus à raffiner pour améliorer les pratiques d'intégration	Individuel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'interprétation

La phase d'interprétation se caractérise par des actions qui visent à expliciter, expliquer, exposer et exprimer. Cette illustration a permis de mettre en lumière les pratiques de *consultante*, de *promoteur du réseau*, de *courtier de connaissances* et de *la fonction de relais d'information*.

L'intégration de nouveaux outils dans le réseau représente une exigence pour les professionnels du CH d'autant plus que l'un de ces outils est informatisé. Pour plusieurs intervenants, l'informatisation génère de la résistance. Dès lors, l'infirmière au suivi intégré adapte ses stratégies de transfert de connaissances afin de vulgariser la matière. Ainsi, elle prend un rôle de consultante en se rendant accessible aux professionnels qu'elle a formé. Cette façon de faire lui permet de rassurer les professionnels et éventuellement, d'agir sur les résistances.

« Il y a quelqu'un qui est responsable au niveau de l'hôpital de toute l'informatique, tout ça, mais vu que je trouvais que c'était important aussi d'avoir quelqu'un de clinique près du terrain et qui ait comme la réalité et je pense que je suis crédible aussi. Donc c'est comme aidant. Je vulgarise... je pense que c'est une de mes forces, donc de rendre accessible ce savoir là en le vulgarisant pour essayer de faire avec la résistance. ».
(Infirmière)

L'autre aspect dans lequel l'infirmière au suivi intégré a investi des actions est la promotion du « continuum personnes âgées » à l'intérieur du CH. Il est important ici de se rappeler que les personnes âgées se retrouvent dans différentes unités dans ce CH : à l'urgence, à l'unité de courte durée gériatrique, à l'unité gériatrique ou dans toute autre unité (ex. neurologie, médecine, etc.), si la situation clinique de la personne le nécessite ou s'il y a surcharge dans les unités de gériatrie. Dans ces circonstances, cette infirmière et d'autres collègues se mobilisent pour repérer des personnes âgées vulnérables et développer des stratégies pour améliorer la continuité et la qualité des soins à cette clientèle pour éventuellement, assurer un relais bien coordonné dans la communauté. Un premier exemple touche le service des urgences.

« Un autre dossier qui est « hot », c'est tout le dépistage des personnes âgées à risque à l'urgence. Donc pendant un an, j'étais encore infirmière chef, j'ai commencé à voir un petit peu, au niveau de la littérature, sur ce qui était comme outil de dépistage à l'urgence. Quand je suis arrivée dans ma fonction, avec l'infirmière clinicienne spécialisée, on a poursuivi la revue littérature et on s'est fait un concept à nous, ... ». (Infirmière)

L'identification de cette problématique a stimulé une alliance entre cette infirmière et l'infirmière clinicienne spécialisée. Ces dernières ont privilégié des activités de *courtage de connaissances* où elles ont conçu un modèle original pour le CH. Ce modèle comprend non seulement le dépistage à l'urgence mais aussi le suivi de la personne âgée durant son séjour à l'hôpital incluant les modalités du transfert dans le CH ou de la planification du congé.

« Il y avait aussi tout le problème des personnes âgées qui passaient plus de 48 heures à l'urgence. On a présenté notre modèle, qui est inspiré du modèle de X qui vient de la Californie, il y a comme une équipe de consultants du nursing gériatrique qui faisait du dépistage mais qui venait comme consolider les experts. Ils allaient voir les infirmières sur les unités, mais ils ne s'approprièrent pas les personnes âgées. Je ne veux pas devenir responsable de toutes les personnes âgées, de toute la ville. Je veux habilitier les infirmières d'un peu partout à être compétentes avec les personnes âgées. » (Infirmière)

Les infirmières agissent aussi comme *promoteurs*. Cette pratique est observée dans le contexte ou certains projets mis de l'avant par les infirmières et d'autres intervenants du CH se situent aux frontières de la mission du CH et des CLSC. Dans ces circonstances, les infirmières du CH sont conscientes que leur projet pourrait mettre en péril la qualité de leurs rapports avec les CLSC. Elles doivent donc agir comme *promoteurs* non seulement dans le CH mais aussi, auprès de l'instance régionale et des gestionnaires des CLSC.

« Mais c'est sûr qu'il faut travailler avec les CLSC donc on commence à élargir notre projet. Il a fallu s'articuler avec les CLSC. C'est pour ça qu'on a parti notre projet, fait de la promotion auprès des personnes de l'hôpital. (...) Là, on est allé voir la Régie régionale pour leur parler de notre projet. (...) Mais la Régie régionale nous a dit, toutes activités qui favorisent la communication, le réseau et qui va dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, on reconnaît ça. Donc on vous endosse, on trouve ça correct. Ce qu'ils nous ont conseillé à la Régie régionale c'est de rencontrer les CLSC et de leur parler. On est allé rencontrer les CLSC lors d'une table régionale. » (Infirmière)

Dans ces circonstances, l'infirmière a aussi joué un rôle de *relais d'information* en informant les établissements du réseau et en effectuant des validations auprès d'eux dans l'optique d'ajuster le cadre d'intervention afin que tous les partenaires concernés s'impliquent. Cette démarche permet d'une part, d'envisager que le projet réponde mieux aux attentes des partenaires et d'autre part permette à la travailleuse sociale qui forme le tandem avec l'infirmière du suivi intégré de comprendre le sens large du projet de suivi intégré et de s'inscrire véritablement dans cette démarche.

« Donc le projet s'est fait avec l'infirmière du suivi intégré. On travaille en étroite collaboration. (...) Elle (infirmière) était toujours présente dans toute l'élaboration, toujours consulté tout le long du processus. (...) Au cours de l'évolution de ce projet-là l'infirmière du suivi intégré elle, son mandat c'était d'essayer de créer le suivi intégré pour les personnes âgées. Ce serait quoi un suivi intégré ? Donc l'infirmière du suivi intégré en parallèle travaillait comme personne ressource au niveau de ce projet orientation en famille d'accueil ou en ressources familiales. Et elle élaborait tout ce que serait un suivi intégré pour la personne âgée. Donc elle allait consulter les établissements, elle essayait de baser son cadre théorique par rapport à ça. Au bout de comme un an et demi, je m'inscris comme dans le volet suivi intégré à la personne âgée. Donc mon rôle quand je vais me définir maintenant...au début tout était tellement nébuleux ... j'étais travailleuse sociale au programme personnes âgées dans le développement du projet. Maintenant le rôle est un peu plus large. (Travailleuse sociale)

L'influence des pratiques stratégiques interprétatives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Le propre de la phase d'interprétation est lié au partage de connaissances ou d'idées, d'une personne à une autre et c'est à cette phase qu'un langage commun peut commencer à se développer. Les pratiques identifiées dans cette phase impliquent la majorité du temps, des groupes.

La majorité des pratiques stratégiques identifiées dans cette illustration se retrouvent dans la phase d'interprétation. Cette situation s'explique par le fait que les intervenants du CH doivent acquérir des connaissances à plusieurs niveaux : sur les outils cliniques, sur les modes d'utilisation (informatisation) de ces outils ainsi que sur le travail en réseau et interdisciplinaire. Dans ce contexte, l'infirmière du suivi intégré agit comme consultante non seulement auprès des infirmières mais aussi, auprès des autres professionnels du CH et notamment des travailleurs sociaux. Cette pratique donne donc un signal aux acteurs concernés que l'infirmière, en plus de diffuser des informations et des connaissances nouvelles, peut répondre de façon ponctuelle et spécifique aux besoins de certains intervenants ou groupes d'intervenants. Ainsi, l'infirmière qui exerce un rôle de consultante offre une réponse ajustée ou vulgarisée aux intervenants moins habiles en informatique. Par conséquent, elle crée des conditions d'apprentissage favorables pour permettre aux intervenants d'être plus ouverts aux changements demandés afin de réaliser le travail en réseau c'est à dire, de travailler ensemble, de façon coordonnée.

Par ailleurs, les infirmières ont recours à des pratiques de promotion du réseau auprès de leurs collègues et occasionnellement auprès des professionnels du CLSC où elles tentent de partager leurs observations et leur vision de l'intégration des soins à l'intérieur du CH dans l'attente que cette vision se diffuse dans le réseau. La pratique de promotion du réseau est enrichie de celle de courtage de connaissances où l'infirmière cherche à créer une appropriation collective de la philosophie et des concepts reliés à l'intégration. Au plan de l'apprentissage organisationnel, les pratiques de promotion du réseau et de courtage de connaissances favorisent le partage de la vision relative au concept d'intégration et l'identification de nouvelles informations qui pourront se traduire dans des actions ou projets dans le CH et éventuellement, dans le réseau. En d'autres termes, ces pratiques

installent des conditions favorables à la structuration d'actions communes que l'on retrouvera dans la phase d'intégration.

Quant à la pratique de relais d'information, elle vise à parer notamment, à la mauvaise compréhension du projet de la part des autres organisations du réseau et à effectuer les ajustements proposés par ces derniers. Cette pratique favorise un alignement inter et intra organisationnel sur les buts et objectifs et une certaine cohérence dans les actions. Elle semble maintenir et possiblement, améliorer le niveau de confiance entre les acteurs professionnels et organisationnels. La confiance étant vue ici comme le ciment de la collaboration entre professionnels et organisations. Cette pratique renforce l'engagement concret qui se traduira par des actions communes.

En résumé, il est possible que les pratiques stratégiques identifiées dans cette phase génèrent des conditions de passage à la phase d'intégration. Ces conditions sont des apprentissages organisationnels s'actualisant par un langage et des connaissances communes ainsi que par une certaine harmonisation dans la compréhension des problématiques. Le partage de la vision d'intégration et l'identification de nouvelles informations sont des conditions structurantes qui pourront se traduire dans des actions ou projets. Aussi, on peut s'attendre à ce que les professionnels soient plus ouverts aux changements puisqu'on aura agit sur les résistances reliées au sentiment d'incompétence. Enfin, la circulation des réflexions, des connaissances et des idées auront mis en confiance les acteurs du réseau facilitant ainsi leur adhésion et leur engagement concret dans l'action. Une synthèse des pratiques et des apprentissages qui en découlent sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage Organisationnel	Niveau
Consultation	Améliore les connaissances des professionnels Diminue la résistance au changement Crée des conditions d'apprentissage favorables	Groupe
Promotion du réseau	Favorise le partage de vision Permet l'identification de pistes de solution	Groupe Organisationnel
Courtage de connaissances	Appropriation collective de la philosophie et des concepts reliés à l'intégration Identification de nouvelles informations qui pourront se traduire dans des actions ou projets dans le CH et éventuellement, dans le réseau Met en place des conditions favorables à la structuration d'actions communes	Groupe
Relais d'information	Favorise l'ajustement du projet aux besoins des partenaires <ul style="list-style-type: none"> renforce l'engagement concret qui se traduira par des actions communes Améliore la compréhension et l'adhésion au projet <ul style="list-style-type: none"> améliore la confiance mutuelle 	Groupe Organisationnel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intégration

Dans la phase d'intégration, les acteurs travaillent ensemble pour effectuer des actions ou des projets communs. Ils s'engagent dans un processus collectif où l'entraide et l'échange sont à la base de leur action. Les infirmières visées dans cette illustration ont recours à deux types de pratiques stratégiques pour stimuler ou pour soutenir les actions ou les projets collectifs, il s'agit de la *pratique partagée et de l'organisation d'activités*.

L'infirmière de liaison en gériatrie dont la responsabilité principale est la planification des congés, réalise qu'un des éléments qui nuit le plus à la continuité est relié au fait qu'il existe plusieurs grilles de collecte d'information mais qu'aucune ne lui permet d'avoir accès à toute l'information qui lui est nécessaire. Pour cette infirmière, la solution passe entre autre, par une collecte de données unique. Mais, à court terme, cette solution semble difficile à appliquer. Cette infirmière utilise donc la réunion d'équipe pour

sensibiliser ses collègues à l'importance du contenu et de l'accès à l'outil de collecte de données. Pour cette infirmière, cette stratégie est une première démarche avec l'équipe qui pourra conduire éventuellement à la mise en place d'un outil unique.

« Maintenant depuis qu'on a eu une rencontre avec l'unité, j'ai expliqué ma préoccupation, j'ai dit aux infirmières que j'allais mettre la feuille toujours dans le dossier dans la section nursing. Alors j'ai laissé la porte ouverte en leur disant, vous connaissez bien votre patient, ce n'est pas ma feuille à moi, si vous avez des informations à entrer dedans qui seraient pertinentes pour tout le monde, vous pouvez y aller. Je veux essayer tranquillement de sensibiliser tout le personnel infirmier, les autres professionnels d'aller la consulter, mais c'est sûr que j'aimerais ça qu'il y ait une autre façon de procéder. » (Infirmière)

L'infirmière de liaison a aussi recours à la pratique d'organisation d'activités. Dans le cadre de cette pratique, l'infirmière de liaison anime des réunions de l'équipe de gériatrie en privilégiant un rapprochement concret avec les CLSC qui font partie du réseau. Elle organise aussi des « stages » entre le CH et les CLSC. Cette initiative de la part de l'infirmière de liaison vise d'une part, l'échange d'information entre partenaires institutionnels pour permettre une meilleure connaissance des deux réalités et d'autre part, elle permet à l'infirmière de liaison de se faire connaître par les intervenants des CLSC. Dans cette situation, l'infirmière de liaison bénéficie du soutien de sa gestionnaire qui connaît bien le réseau.

« Alors on a organisé une journée rencontre pour qu'on apprenne à mieux les connaître, le fonctionnement, les services, les problématiques qu'ils ont rencontré suite à des demandes, s'il y avait des choses au niveau de la façon de procéder, tout ça. Parce que souvent il y a une méconnaissance entre la communauté et le centre hospitalier. » (Infirmière)

L'infirmière de liaison du CH anime aussi des discussions de cas en impliquant les CLSC et lorsque possible, l'utilisateur ou ses proches. Les discussions de cas, bien qu'elles visent le client, ont aussi des objectifs « réseau » dans la mesure où elles peuvent être vues comme une activité d'échange et de partage où les acteurs s'engagent dans une démarche coordonnée qui vise une meilleure continuité des services. Aux yeux de plusieurs répondants, tout comme pour l'infirmière de liaison, cette activité pourtant prometteuse au sens des finalités de l'intégration, devrait se faire plus systématiquement.

« On l'a fait avec les dossiers du CLSC X. Ça m'est arrivé une fois avec le CLSC Y, mais l'intervenante n'a pas voulu venir, elle a refusé. Donc ça dépend des CLSC. Dans le fond c'est pour eux autres aussi. Ce n'est pas pour nous, la personne retourne à la maison et c'est eux autres qui se retrouvent dans le dossier. C'est important que la personne qui est à domicile entende toutes les mêmes choses que nous on dit, les recommandations qui ont été faites. » (Infirmière)

Enfin, il a été possible de constater que certaines infirmières organisaient des activités visant à stimuler le réseautage à l'intérieur du CH et les liens avec les ressources dans la communauté. C'est le cas de l'infirmière au suivi intégré qui s'allie avec d'autres intervenants du CH pour travailler sur un programme faisant partie du projet de suivi intégré du CH.

« On réalisait qu'il y avait des patients qui étaient sur l'unité de soins prolongés, qui avaient des profils d'autonomie plus légers et qui pouvaient être dans des ressources intermédiaires, mais qui avaient quand même des éléments de vulnérabilité qui faisaient qu'on référerait ça à ce moment-là. Donc il y a eu comme un projet. » (Travailleur social)

L'influence des pratiques stratégiques intégratives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les pratiques associées à l'intégration ont pour objectif de favoriser la mise en commun dans l'action. Aussi, ces pratiques qui s'exercent la plupart du temps auprès des groupes de professionnels visent prioritairement les aspects organisationnels et inter-organisationnels ou « réseau ».

Au plan de l'apprentissage organisationnel, la pratique stratégique qui consiste à partager des outils cliniques a pour effet de faire découvrir aux autres acteurs, par l'action et l'exemple, l'existence de la duplication d'information et l'inefficacité qu'elle génère. Cette pratique peut être vue comme une entrée en matière qui prédisposera les acteurs pour la mise en place d'un outil unique ce qui représente l'objectif visé. En d'autres mots, ce pré-projet préviendra la levée d'objections et de résistances par la démonstration du bien fondé du projet qui en soit, rejoint certaines finalités de l'intégration dont l'accessibilité et la continuité.

L'autre pratique privilégiée par les infirmières dans la phase d'intégration est liée au rôle d'organisatrice d'activités dans le CH ou le réseau. Cette pratique vise à mettre en présence le maximum d'acteurs concernés afin que ces derniers réalisent la

complémentarité qui est à la base de la continuité et de la coordination des services. En ce qui a trait à l'apprentissage organisationnel, la pratique d'organisatrice d'activités est un instrument privilégié dans le développement d'orientations et d'actions communes. L'animation qui fait partie de cette pratique est utilisée pour échanger sur les différents aspects reliés au projet d'intégration ou pour permettre des discussions de cas interdisciplinaires intra ou inter établissements. L'organisation d'activités observées dans cette illustration vise à rapprocher les intervenants du CH et du CLSC. Ces activités apprennent aux participants à partager des informations et des stratégies d'intervention. Elles offrent l'opportunité d'échanger sur les succès et sur les aspects à améliorer et à identifier des solutions partagées pour des problématiques courantes. Elles donnent également un lieu pour discuter et convenir de la nature des investissements de chacun selon leurs possibilités et capacités respectives ce qui peut contribuer à développer un climat de confiance. Enfin, ces pratiques sont susceptibles de favoriser l'entraide et de réduire les préjugés qui peuvent freiner à la collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle.

En résumé, les différentes pratiques stratégiques utilisées par l'infirmière à cette phase servent à apprivoiser l'idée de la mise en commun des actions et la pertinence du travail de groupe à partir d'objectifs communs. Les pratiques stratégiques des infirmières soutiennent l'acquisition de savoirs « pratiques » pour tous les acteurs impliqués et favorisent la consolidation de la confiance entre les acteurs ce qui représente un élément clé pour la pérennité des collaborations et des projets en développement. Ces pratiques ainsi que les apprentissages qui y sont reliés sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage Organisationnel	Niveau
Pratique partagée	<p>Conscientise sur certains problèmes (ex. duplication d'information et l'inefficacité)</p> <p>Prévient la levée d'objections et de résistances par la démonstration du bien fondé du projet</p> <p>Prédispose les acteurs pour réaliser un projet qui va dans le sens de l'intégration</p>	Groupe
Organisatrice d'activités	<p>Favorise le développement d'orientations et d'actions communes</p> <p>Stimule le rapprochement des intervenants du CH et du CLSC qui apprennent à partager des informations et des stratégies, d'échanger sur les succès et sur les aspects à améliorer et d'identifier des solutions partagées pour des problématiques courantes</p> <p>Favorise les discussions permettant de convenir de la nature des investissements de chacun, de favoriser l'entraide et de réduire les préjugés.</p>	Groupe Organisationnel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'institutionnalisation

La phase d'institutionnalisation prévoit la récurrence de l'action et des processus conduisant à une certaine formalisation ou régularisation. Cette illustration met en évidence les efforts consentis pour favoriser une meilleure intégration à l'intérieur du CH pour réaliser l'intégration dans le réseau. Dans ce contexte, la création du poste d'infirmière au suivi intégré, un poste dédié pour la mise en réseau est considérée comme un levier. Cette infirmière pose des actions structurantes pour favoriser l'institutionnalisation en agissant comme *formatrices* et en contribuant à la *rédaction de protocoles clinico-administratifs* pour le réseau.

La formation des infirmières et des autres professionnels du CH relativement aux outils qui ont été mis de l'avant par l'instance de gouverne régionale pour le réseau aux personnes âgées interdisciplinaire est une activité privilégiée notamment par l'infirmière au suivi intégré. Cette implication comme formatrice permet certes d'améliorer les compétences des intervenants du CH et des autres établissements par rapport à ces outils mais aussi, par rapport aux besoins des personnes âgées. La formation est aussi une

occasion de réunir des professionnels de disciplines différentes possédant plus ou moins d'expérience ce qui peut avoir pour effet d'améliorer le travail interdisciplinaire qui est en soi un élément lié à l'intégration clinique.

« J'avais été désignée par l'hôpital pour être le pilote spécifiquement à l'hôpital comme personne ressource dans l'hôpital et la Régie m'a demandé de donner la formation. (...) Par ce billet-là ça permettait de sensibiliser les gens. Je profitais de l'occasion pour expliquer c'est quoi la personne âgée, c'est quoi qu'il faut observer, c'est quoi qu'il faut évaluer, l'importance de la nutrition, etc. » (Infirmière)

Par ailleurs, l'infirmière au suivi intégré participe par exemple, à des comités avec des représentants des autres établissements du réseau. Ces rencontres entre CH et CLSC sont une plate-forme permettant d'articuler de façon formelle, l'implication des différents partenaires dans le réseau. Aussi, dans le cadre des travaux, l'infirmière contribue à la production de protocoles clinico-administratifs qui viennent ancrer les ententes et les projets et qui sont reconnus par les décideurs. Ces protocoles contribuent, selon les répondants, à améliorer la fluidité des communications cliniques et ultimement l'efficacité dans la coordination des services.

« Là on a un comité de suivi avec les CLSC. On a fait un protocole de référence inter-établissements. Donc moi j'envoie une DSIE au CLSC, madame (cliente) fait partie notre projet, ils sont au courant, on a le protocole qui a été entériné par leur supérieur. Et ça roule bien. » (Travailleur social)

L'influence des pratiques stratégiques d'institutionnalisation sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les pratiques observées dans cette phase se situent au niveau organisationnel et inter organisationnel car elles impliquent des représentants de différentes provenances. La création d'un poste dédié est à la base de la plupart des pratiques stratégiques de l'infirmière qui l'occupe. Cette création de poste est sans doute le produit d'un apprentissage organisationnel qui a pour avantage de légitimer le rôle et conséquemment, les pratiques qui en découlent au sein du CH et du réseau. La pratique de formatrice vise à assurer une compréhension commune des problématiques des personnes âgées et à standardiser les modes d'intervention pouvant supporter ces personnes. Les formations sont aussi une plate-forme qui place les professionnels ensemble, au même moment ce qui peut

avoir des effets positifs sur le travail ou sur les projets interdisciplinaires soutenant ainsi l'intégration clinique.

Dans le cas présent, la contribution de l'infirmière à la production de protocole clinico-administratifs se présente comme le résultat du processus d'apprentissage organisationnel où les orientations et les décisions sont scellées dans un écrit pour assurer une certaine pérennité. Cette observation doit être interprétée avec prudence car elle met en lumière une vision plutôt statique et incomplète du processus d'apprentissage organisationnel. De fait, l'institutionnalisation ne s'actualise pas uniquement par l'élaboration de protocoles d'autant plus que dans bien des cas, la mise en place d'un protocole peut être le point de départ et non le point d'arrivée dans le processus d'apprentissage organisationnel. L'ensemble des pratiques et apprentissages relevé dans cette section est présenté dans le tableau 9.

Tableau 9 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage Organisationnel	Niveau
Formatrice	Rassemble les professionnels <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'interdisciplinarité • Développement des compétences cliniques et réseau Favorise la standardisation de : <ul style="list-style-type: none"> • Langage • Vision, valeurs • Mode d'action de l'intégration • Pratiques 	Organisationnel
Élabore des protocoles clinico-administratifs	Assure l'ancrage des orientations Permet la reconnaissance des décisions Établit une trace écrite pour assurer la pérennité	Organisationnel

Les ressources individuelles influençant le recours aux pratiques stratégiques

Tel que constaté, certaines infirmières et particulièrement l'infirmière du suivi intégré et l'infirmière de liaison en gériatrie recourent à des pratiques stratégiques qui peuvent permettre l'ajustement de pratique des intervenants du CH et des autres

établissements du réseau dans le sens d'une plus grande intégration. Quelles sont les ressources individuelles tant personnelles et professionnelles qui les préparent ou les prédisposent dans le choix des pratiques stratégiques qu'elles déploient ? Plusieurs ressources individuelles sont susceptibles de soutenir le développement de pratiques stratégiques. C'est ainsi qu'une infirmière fait état notamment du leadership, de l'autonomie, des connaissances cliniques, de l'attitude professionnelle, de la détermination, de la diplomatie, du sens de l'analyse et de l'autocritique.

« Ça prend du leadership. Je dirais de l'autonomie beaucoup. Ça prend des connaissances au niveau de la pratique, ... du clinique. Ça prend un professionnalisme. Ça prend quelqu'un qui n'a pas peur de foncer, qui n'a pas peur. Quelqu'un de diplomate parce que ce n'est pas toujours facile de dire certaines vérités. Alors il faut quand même que je sois capable d'analyser ça et d'avoir un certain sens d'autocritique pour évaluer ces dossiers-là. Et de faire de la formation continue soi-même. De participer dans des projets. De s'impliquer dans des projets, participer dans des comités. Ça pour moi c'est du leadership. Travailler en équipe. Être capable de travailler en équipe. » (Infirmière)

Plus spécifiquement, la croyance au bien-fondé de l'intégration clinique semble un facteur qui stimule l'infirmière à recourir à des pratiques stratégiques. Cette croyance lui donne la conviction qu'elle peut contribuer à faire une différence dans le réseau.

« Et mon expérience à moi, fait que je sais que quand tu assois les gens ensemble, c'est là que le vrai réseau intégré commence. Et ça, c'est ma valeur très profonde. Et dans ce sens-là, c'est pour ça que moi je favorise ça. » (Infirmière gestionnaire)

Dans le cas de l'infirmière du suivi intégré nous avons affaire à une professionnelle d'expérience qui a occupé des fonctions cliniques et de gestion au CH et dans un des CLSC faisant partie de notre étude. Elle connaît bien la réalité des deux milieux. Étant donné qu'elle évolue depuis plusieurs années dans la sous-région entourant le CH, elle a établi des liens significatifs avec plusieurs gestionnaires et intervenants ce qui lui donne confiance en ses moyens et lui permet d'envisager que ses actions seront accueillies par les acteurs avec qui elle évolue.

« Je suis connue dans le milieu... ayant plus de responsabilités, ayant déjà été cadre aussi... ça ouvre des portes ça aussi. » (Infirmière)

Par ailleurs, cette infirmière a acquis des connaissances avancées en gériatrie.

« Moi j'ai développé une habileté en soins de la personne âgée. J'ai fait ma certification canadienne, j'ai accès à plein de savoir, de savoir-faire. » (Infirmière)

Ces connaissances lui apportent une certaine crédibilité et notoriété au CH et auprès des CLSC et de l'instance de gouverne régionale. Son expertise lui ouvre des portes pour s'impliquer dans des lieux décisionnels ou stratégiques. Tel que l'affirme une travailleuse sociale du CH, « ... c'est elle qui est la représentante au niveau des CLSC et de la Régie. C'est elle qui a eu l'information sur le programme » (Travailleur social).

Cette infirmière affirme d'ailleurs que son implication dans ces lieux est délibérément stratégique ou politique.

« Ça c'est comme une habileté politique. J'essaie de mettre un pied à la Régie, des comités... parce que c'est facile de dire « ah les comités administratifs », non, non il faut y aller. C'est là que les décisions se prennent, donc il faut y aller. » (Infirmière)

Par ailleurs, ses vastes connaissances et son expérience lui permettent de faire certains liens et de diffuser une vision large de l'intégration qu'elle fera valoir dans le cadre des formations qu'elle dispense. Elle utilisera ainsi un exemple impliquant une personne âgée aux prises avec des problèmes de santé mentale pour illustrer sa vision transversale de l'intégration et la nécessité de réduire le cloisonnement autour des problématiques.

« Encore ce matin on a eu un problème dans l'hôpital et on apprend qu'une patiente nécessite beaucoup, beaucoup, beaucoup d'énergie actuellement dans le réseau. Et là les gens on apprend subito presto qu'elle avait un gros dossier en santé mentale. Mais au nom de la confidentialité ça c'est une ligne en parallèle. On ne peut pas se documenter. Et là les gens disent, si on l'avait su, toute cette énergie qu'on déploie depuis un an à essayer de comprendre, on a quelqu'un qui a un trouble de personnalité. » (Infirmière)

Elle affirme aussi que certaines attitudes qui lui sont propres l'aident dans ses actions stratégiques.

« J'écoute, je pense que j'ai une grande disponibilité. Je suis curieuse et j'expérimente moi-même parce que je parle de ce que je connais. » (Infirmière)

Les ressources individuelles identifiées dans ce cas prennent leurs sources d'abord sur le plan personnel dans la mesure où les infirmières puisent dans leurs aptitudes et attitudes. Les ressources personnelles telles que la curiosité et la capacité d'écoute ont une

certaine influence sur l'acquisition de connaissances diverses et d'information. Aussi, la confiance en soi a été identifiée comme une disposition qui permet à l'infirmière de croire qu'elle peut avoir une contribution significative qui peut faire une différence. Bref, qu'elle peut exercer un certain leadership dans la démarche d'apprentissage organisationnel.

Par ailleurs, un certain nombre de ressources individuelles se rapportant davantage à des aspects professionnels ont été relevées. Ainsi, les valeurs et croyances liées à l'intégration semble des leviers favorisant l'émergence de pratiques stratégiques. Les infirmières qui portent ces valeurs sont convaincues de la nécessité d'explorer de nouvelles façons de faire et de travailler en réseau et cette conviction se transpose dans des actions.

Les connaissances sont aussi un atout important pour les infirmières. Les connaissances sont variées, elles incluent des connaissances cliniques, des connaissances de la clientèle et des ressources. Ces connaissances se développent certes, par leur formation initiale mais aussi, au travers d'une démarche d'apprentissage professionnel où l'infirmière cherche à se spécialiser. Le développement des connaissances et de l'expertise a une influence directe sur la perception qu'ont les acteurs à l'endroit de l'infirmière. Une perception favorable apporte une plus grande marge de manœuvre à l'infirmière dans le déploiement de ses pratiques stratégiques.

Un autre aspect non négligeable est lié à l'expérience professionnelle non seulement en ancienneté comme infirmière mais surtout en diversité quant aux types, aux lieux de travail et aux fonctions occupées. Il semble que le croisement « spécialisation et expériences riches et diversifiées » aurait un impact sur la crédibilité au sein de l'organisation et que la crédibilité serait une condition de la confiance. Lorsqu'il est question d'apprentissage organisationnel, la confiance permet aux acteurs de s'engager dans l'apprentissage et dans des actions communes incluant l'« essai/erreur ». Le manque de connaissance et d'expérience quant à lui, serait compensé par la curiosité, le sens de l'observation, l'écoute ainsi que par la capacité d'analyse.

Par ailleurs, la vision et les habiletés politiques représentent aussi des ressources individuelles non négligeables car elles stimulent l'infirmière à s'impliquer dans différents forums et lui donne l'opportunité d'influencer. Pour ce faire, l'infirmière se rend disponible et elle démontre ses capacités politiques par la diplomatie et le professionnalisme ce qui lui

apporte une certaine notoriété. La notoriété ou la reconnaissance par les pairs, tout comme la crédibilité, est reliée à la confiance.

Enfin, les habiletés communicationnelles dont la capacité d'écoute mais aussi la capacité de s'exprimer clairement, d'être accessible et d'aller vers les autres ont été identifiées comme des ressources essentielles pour actualiser les pratiques stratégiques dans la mesure où elles facilitent la création de liens entre les acteurs et que les rapprochements entre les acteurs sont à la base du processus d'apprentissage organisationnel.

Donc, en résumé, les ressources individuelles relevées dans cette illustration sont : la vision et les habiletés politiques, les valeurs et croyances liées à l'intégration, les connaissances variées, l'expérience professionnelle et la spécialisation, la confiance en soi, la curiosité, le sens de l'observation, les habiletés communicationnelles, la capacité d'écoute et d'analyse. Ces ressources ont une influence sur la crédibilité, la confiance et la reconnaissance des partenaires professionnels et organisationnels. Le tableau 10 présente les ressources personnelles et professionnelles qui ont été identifiées.

Tableau 10 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Ressources personnelles	Ressources professionnelles
Capacités communicationnelles <ul style="list-style-type: none"> • Écoute • Expression • Accessibilité 	Expériences variées <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs établissements • Niveaux de responsabilités professionnelles variées
Vision et habiletés politiques <ul style="list-style-type: none"> • S'impliquer pour influencer • Professionnalisme • Diplomatie • Investissement de temps – disponibilité 	Valeurs – croyances <ul style="list-style-type: none"> • Vision claire et large de l'intégration • Innovation
Conviction de pouvoir faire une différence <ul style="list-style-type: none"> • Confiance en soi 	Connaissances <ul style="list-style-type: none"> • clinique • clientèle • ressources
Notoriété et crédibilité <ul style="list-style-type: none"> • Confiance mutuelle 	Expertise clientèle <ul style="list-style-type: none"> • Formation • Spécialisation

Les facteurs organisationnels influençant le recours aux pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel

Si certaines ressources individuelles ont une influence sur les pratiques des infirmières, certains facteurs organisationnels auront aussi une influence sur les pratiques stratégiques des infirmières ou sur la capacité des acteurs du réseau à modifier leurs pratiques. Ces facteurs réfèrent tantôt au réseau, tantôt à l'établissement dans lequel les infirmières évoluent ou encore, aux gestionnaires de qui elles relèvent.

L'infirmière de liaison considère que la présence et la composition de l'équipe sont des leviers importants pour stimuler l'évolution des pratiques de l'ensemble des professionnels dans le sens de l'intégration.

« Moi ma perception c'est un réseau où les professionnels sont tous impliqués. Un réseau interdisciplinaire. Un partage d'information sur les usagers pour pouvoir donner les soins et les services dans le même sens. Il ne faut pas travailler en parallèle, il faut travailler ensemble. Il faut assurer une qualité des services et une continuité dans les soins. Moi ce serait comme ça que je vois ça. Assurer des liens entre les professionnels. » (Infirmière)

Par ailleurs, les infirmières qui effectuent des pratiques stratégiques expriment souvent l'importance du soutien de leur gestionnaire. Le soutien du gestionnaire réfère à l'encadrement et à l'environnement de travail. Concrètement, les infirmières soulignent l'importance que leur gestionnaire reconnaisse leurs idées ou la nécessité qu'un projet soit expérimenté. À cet égard, une infirmière gestionnaire témoigne de son apport auprès de son équipe.

« L'accompagnement. Les professionnels, parce que moi ma philosophie de gestion est basée sur le fait que je ne prends pas de décisions à la place des gens qui doivent prendre des décisions. Ils sont payés pour prendre des décisions, je les accompagne et je les encadre et j'essaie de leur donner les meilleurs moyens pour qu'ils puissent faire ce que je leur demande de faire. Par exemple, le climat de travail, dans un milieu comme celui-ci où les contraintes sont très grandes, où tu exiges beaucoup des gens, il faut que tu prennes soin de ton monde. » (Infirmière gestionnaire)

Dans certaines organisations, une des conditions privilégiée pour favoriser l'intégration clinique est de créer des postes dédiés ce qui est le cas spécifiquement du poste d'infirmière du suivi intégré. Par ailleurs, certaines infirmières identifient l'absence de volonté ou d'orientation claire à un niveau ou à une autre dans le réseau et le manque de consistance dans la poursuite du projet d'intégration.

« Il n'y a pas une volonté... on ne sent pas qu'il y a une volonté que ça aille mieux. Il n'y a pas de ligne directrice claire. » (Infirmière)

Enfin, l'accès à l'information organisationnelle constitue un élément fréquemment cité par les infirmières et qui peut influencer sur les pratiques stratégiques. On verra ainsi que l'infirmière suffisamment informée sur la réalité de son organisation sera en mesure de recourir à des actions stratégiques mieux alignées et plus pertinentes.

« Mais je pense que l'information c'est vraiment un élément important pour parler de réseau intégré. Je donne un exemple. Avant d'être ici j'étais infirmière soignante avec ma vision de soins sur une unité. C'est sûr que même au niveau de l'hôpital, je n'avais aucune idée de ce que c'était à l'hôpital en gros, la direction, le nursing, les différents programmes, l'organigramme et des autres établissements impliqués. » (Infirmière)

Dans cette illustration, les facteurs organisationnels identifiés ont une influence d'une part, sur l'émergence des pratiques stratégiques chez les infirmières et d'autre part, sur l'apprentissage organisationnel proprement dit. Ces facteurs réfèrent à l'environnement interne ou externe de l'organisation ou du réseau.

Au chapitre des facteurs organisationnels relevant du contexte interne, un des facteurs est lié au fait que les infirmières qui sont au cœur de cette illustration c'est à dire, l'infirmière du suivi intégré et l'infirmière de liaison en gériatrie occupent toutes deux des fonctions « officielles » dans le CH donc, des postes au sens des conventions collectives. Cette condition apporte une certaine légitimité et pérennité à leurs actions. De plus, le mandat qui leur est confié est intimement lié aux objectifs et finalités du réseau de services pour les personnes âgées. Ces professionnelles se sentent donc en droit de poser des actions pour stimuler l'évolution des pratiques de l'ensemble des professionnels de leur établissement et du réseau, dans le sens de l'intégration.

En plus d'occuper une fonction officielle d'autres facteurs influencent le développement et le recours aux pratiques stratégiques. Outre les ressources individuelles décrites à la section précédente, des facteurs organisationnels relevant du contexte internes tels que, la présence d'une équipe et le soutien du gestionnaire semblent déterminants dans l'actualisation de pratiques stratégiques.

En effet, la présence d'une équipe dûment constituée et dont les rapports sont relativement constructifs et qui profite d'activités systématiques comportant des espaces

d'échanges représente une plate-forme d'apprentissage organisationnel. Il apparaît qu'au regard de la description des pratiques stratégiques qui a été effectuée dans chacune des phases, c'est au niveau du groupe que la plupart des pratiques stratégiques se retrouvent et permettent le passage d'apprentissages de l'interprétation à l'intégration, là où s'actualise la vision commune dans l'action. L'équipe est donc le terrain de jeu de l'apprentissage organisationnel et lorsque l'infirmière n'accède pas à un groupe déjà constitué, la pratique stratégique qu'elle privilégie est de créer des alliances avec d'autres professionnels (créer des groupes) comme il fut le cas avec une travailleuse sociale pour élaborer un projet ou avec l'instance de gouverne régionale pour faire progresser un projet.

Le soutien d'un gestionnaire expérimenté est un autre facteur qui vient jouer dans la capacité de recourir à des pratiques stratégiques. Sa connaissance de la réalité des établissements du réseau de même que son attitude d'ouverture et de reconnaissance du potentiel et des idées nouvelles stimulent l'infirmière qui souhaite expérimenter des pratiques stratégiques. Bien que ce facteur soit aussi important pour une infirmière expérimentée que pour une infirmière novice, cette dernière aura besoin d'un appui plus affirmé de la part du gestionnaire et d'un peu plus d'accompagnement car cette dernière peut être perçue comme moins crédible aux yeux des autres acteurs du réseau. Par exemple, dans notre illustration, l'infirmière de liaison a été soutenue par sa gestionnaire dans l'organisation de stages inter établissements.

L'accès à la connaissance et à l'information représente un autre facteur organisationnel supportant l'émergence de pratiques stratégique. Ce facteur relié autant au contexte interne qu'externe, se traduit dans les formations permettant à l'infirmière d'améliorer ses connaissances et son réseau professionnel. Il se traduit aussi par la qualité et la pertinence des informations courantes qui lui sont transmises et dont l'infirmière se sert pour moduler ses pratiques stratégiques.

Enfin, au niveau du contexte interne il est difficile d'ignorer la culture d'établissement qui représente un important levier dans l'apprentissage organisationnel. En plus de faire la promotion d'attitudes et de comportements qui vont dans le sens de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité des services, elle influence certains choix d'établissement qui peuvent avoir des impacts sur l'apprentissage organisationnel. Par exemple, on constate que la culture d'ouverture du CH

favorise le partage de tâches entre professionnels, elle accorde aussi des facilités pour permettre les rapprochements inter-organisationnels incluant de libérer du temps pour travailler sur des projets en lien avec l'intégration.

« En plus ils manquent de temps sur les étages pour faire le « coaching » donc moi je viens donner une petite décharge électrique, (...) Donc on va travailler à trouver... à s'échanger de l'information pour trouver des façons de motiver la personne. (...) Ça je trouve que c'est le travail le plus intéressant de jumeler les expertises et de cumuler... On va rétablir les priorités ensemble avec nos deux visions. » (Travailleuse sociale)

« Parce qu'en gériatrie on est déjà très interdisciplinaire. On est déjà très impliqué avec la communauté. Il y a déjà des liens. On a une infirmière de liaison expressément pour la gériatrie qui connaît les gens des CLSC et qui fonctionne en réseau. Donc on n'a rien inventé. Il faut juste consolider ça. Il faut trouver des moyens, aussi informatiques, pour se parler. Ça aussi ça va se développer. » (Infirmière gestionnaire)

Regardons maintenant les facteurs externes qui peuvent avoir une influence sur le processus d'apprentissage organisationnel. À ce chapitre, retenons que la présence d'une structure d'échange entre les partenaires du réseau est un élément favorisant l'apprentissage organisationnel. Ces structures relevant du contexte externe, sont des tables animées par l'instance de gouverne régionale ou encore, des tables régionales CH-CLSC ou d'établissement. Ces structures facilitent la circulation de l'information du niveau professionnel, organisationnel et inter-organisationnel.

« Oui parce que c'est elle (l'infirmière) qui est la représentante dans les comités au niveau des CLSC, des hopitaux et de la Régie. C'est elle qui a eu l'information sur le programme et qui nous partage cette information. » (Travailleuse sociale)

Cette circularité permet le feed-back nécessaire à l'ajustement des pratiques à tous les niveaux. De plus, ces structures sont des espaces où se formalisent les ententes, protocoles et directives.

« On a sorti un protocole qu'on a donné à la Régie et la Régie l'a fait suivre aux autres établissements. » (Travailleuse sociale)

Bref, ces structures sont souvent des lieux d'institutionnalisation. Il s'agit aussi de lieux où les infirmières s'impliquent et peuvent faire valoir leurs compétences politiques. Elles deviennent donc détentrices d'informations stratégiques ce qui par ailleurs, peut leur donner plus de pouvoir.

Ça c'est comme une habileté politique. J'essaie de m'impliquer à la Régie, dans les comités... C'est là que les décisions se prennent, donc il faut y aller. J'essaie d'être là... surtout dans les dossiers de personnes âgées, d'être là où les décisions se prennent. (...) quand le directeur général t'appelle... Je ne peux pas m'empêcher de penser, est-ce qu'il y a quelque chose qui ne marche pas ? La secrétaire me dit ; « il veut juste te demander ton opinion sur un dossier ». (Infirmière)

Par contre, nous ne pouvons ignorer que la distance géographique entre les unités représente une limite et que cet élément est aussi valable entre les partenaires du réseau. Il apparaît que, plus les partenaires sont éloignés sur le plan physique, plus les actions intégrées sont difficiles à maintenir. Toutefois, les solutions informatiques compensent en partie ce problème.

Le dernier élément identifié pour soutenir le développement des pratiques stratégiques et qui appartient au contexte externe consiste en la présence d'un « objet », d'un « sujet » ou d'un « projet » d'intérêt commun. Dans cette illustration, un des objets est la mise en place d'outils d'évaluation et de référence inter-établissements. Dans la situation, les acteurs ont un message clair de la part de l'instance de gouverne régionale et du CH face à l'implantation de ces outils. De plus, l'infirmière se voit confier le mandat officiel de la formation par l'instance de gouverne régionale et de son CH. Ce mandat vient faciliter les démarches de l'infirmière dans la mesure où les attentes sont claires et encore une fois, elle est légitimée dans ses actions. Les différents facteurs organisationnels sont illustrés dans le tableau 11.

Tableau 11 - Les facteurs qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.1

Facteurs internes	Facteurs externes
Créer des fonctions « dédiées » pour la mise en réseau <ul style="list-style-type: none"> Ex. infirmière du suivi intégré 	Présence d'un « projet » commun
Système d'information organisationnel <ul style="list-style-type: none"> connaissance de la structure information courante évolution des dossiers 	Système d'information clinique <ul style="list-style-type: none"> Outils cliniques (OEMC et DSIE)
Mécanismes de soutien à la mise en place des outils du réseau <ul style="list-style-type: none"> Personne-ressource désignée par le CH 	Mécanismes de soutien à la mise en place des outils du réseau <ul style="list-style-type: none"> formations régionales formatrice désignée par l'instance de gouverne régionale
Équipe <ul style="list-style-type: none"> Espace d'échange Qualité des rapports Activités systématiques Composition de l'équipe 	Structure d'échange inter établissements <ul style="list-style-type: none"> Interlocuteur à l'instance de gouverne régional Table régionale CH-CLSC Table des gestionnaires de CLSC
Soutien de la gestionnaire qui connaît la réalité des milieux et qui privilégie le : <ul style="list-style-type: none"> Rapprochements interprofessionnels Partage des tâches Reconnaissance du potentiel, des idées nouvelles Reconnaissance du travail effectué 	Appui formel de l'ensemble des partenaires <ul style="list-style-type: none"> Ententes Protocoles Directives claires et sans équivoques
Organisation qui favorise l'autonomie professionnelle	Temps
Volonté des intervenants et des établissements	Distance entre les unités

Synthèse analytique

L'influence du contexte sur les pratiques

Le réseau de services pour les personnes âgées est vaste et complexe. Si certains aspects de ce réseau semblent institutionnalisés, d'autres sont davantage à l'état de chantier où l'appropriation par les différents acteurs devient nécessaire. C'est précisément l'enjeu de cette illustration qui met en évidence les actions des infirmières qui occupent des fonctions dites « dédiées ». L'infirmière au suivi intégré, occupe un poste « unique » qui émerge de la volonté de son établissement de contribuer de façon significative à la mise en réseau avec les autres partenaires impliqués. L'infirmière de liaison en gériatrie, occupe un poste « commun » qui vise une clientèle « ciblée ».

Le CH s'attend à une implication importante de la part de ces infirmières dans la planification des congés des personnes âgées hospitalisées. Ce qui distingue principalement ces deux fonctions c'est leur spectre d'action respectif. Aussi, l'infirmière au suivi intégré agit au niveau clinique et organisationnel sur les plans local, inter-organisationnel et même, au niveau régional tandis que l'infirmière de liaison agit principalement au niveau local et parfois, au niveau inter-organisationnel.

La comparaison des profils des infirmières impliquées dans cette illustration permet de distinguer que le mandat de mise en réseau confié à l'infirmière au suivi intégré ainsi que la marge de manœuvre qui lui est octroyée favorise un éventail de pratiques dans chaque phase d'apprentissage et que son implication à divers niveaux dans le réseau, fait en sorte que les pratiques stratégiques qu'elle privilégie sont plus éducatives ou politiques que celles de l'infirmière de liaison. L'infirmière de liaison en gériatrie qui est davantage confinée à un mandat clinique, privilégie quant à elle, des pratiques stratégiques opérationnelles pour favoriser les apprentissages organisationnels favorisant la mise en réseau.

On remarque aussi que les liens entre les infirmières, les intervenants sociaux et les médecins des différentes unités du CH puis, avec les professionnels des CLSC environnants sont ténus malgré le fait que ces professionnels desservent la même clientèle. Ceci peut devenir un obstacle à la démarche d'apprentissage vers une plus grande intégration clinique.

Par ailleurs, l'historique de collaboration entre ce CH et les CLSC environnant est un atout qui peut favoriser l'intégration clinique d'autant plus que ces établissements se sont dotés, depuis plusieurs années de tables de concertation. Ces structures sont des lieux d'échange facilitant les relations entre les organisations dans divers projets.

Pratiques et apprentissages

Les pratiques auxquelles recourent ces infirmières contribuent à améliorer l'intégration clinique à l'intérieur du CH et entre le CH et les CLSC environnants. Cette illustration présente dix pratiques stratégiques réparties selon les différentes phases de l'apprentissage organisationnel. Ces pratiques stratégiques se caractérisent par le fait qu'elles visent au moins une des finalités de l'intégration clinique soit : l'accessibilité, la

continuité, la coordination et la qualité des services. À partir des pratiques identifiées dans chaque phase, il a été possible de dégager certains apprentissages organisationnels qui sont décrits ci-après.

Pratiques intuitives

Deux pratiques stratégiques intuitives ont été identifiées : le dépistage des situations problématiques et l'expérimentation. Dans la situation étudiée, l'infirmière au suivi intégré actualise ces pratiques grâce à son expérience et à sa curiosité qui lui permettent d'*explorer*. Ces pratiques sont favorisées par son mandat et son rôle spécifique qui l'amène à se questionner sur le fonctionnement du réseau.

Ces pratiques se traduisent dans un apprentissage individuel où l'infirmière détecte des anomalies ou de nouveaux besoins dans le système et applique des solutions d'essais où elle prend conscience des informations à enrichir et des processus à raffiner pour améliorer les pratiques d'intégration. Elle pose d'abord, des gestes spontanés pour combler un besoin de comprendre les situations problématiques du réseau. Ces gestes spontanés deviennent délibérés au fur et à mesure qu'elle arrive à se formuler des explications.

Pratiques interprétatives

Dans la phase d'interprétation, les pratiques stratégiques qui se dégagent sont celles de consultation, de promotion du réseau et de courtage de connaissances et de relais d'information où cette infirmière se donne ou se voit offrir le mandat de la diffusion de l'information et de la connaissance nécessaire à la réalisation de l'intégration clinique. Ses actions s'effectuent auprès d'autres individus soit en dyade ou encore, dans des groupes structurés ou non. Ses pratiques permettent le développement d'une vision et d'un langage commun. Elles favorisent aussi la dissémination des idées et l'émergence d'objectifs partagés. Les acteurs qui bénéficient de cette dissémination d'informations et de connaissances arrivent à une pensée suffisamment partagée pour envisager de la mettre en action collectivement.

Les pratiques auxquelles recourent l'infirmière favorisent des rapprochements entre les acteurs du CH et certains autres acteurs du réseau ce qui contribue à créer des liens de confiance entre ces derniers. La confiance entre les acteurs professionnels et

organisationnels apparaît ici comme un élément central de l'apprentissage organisationnel. Par ailleurs, l'infirmière, en faisant la promotion de ses projets, démontre une certaine transparence quant à sa vision du réseau et aux objectifs qu'elle poursuit, ce qui contribue à rehausser son niveau de crédibilité aux yeux de ses collègues et de ce fait, peut favoriser la poursuite d'actions communes. L'ensemble de ces pratiques ont des effets au plan relationnel puisque les professionnels se disent rassurés et soutenus ce qui augmente leur niveau de confiance et de ce fait, réduit leur résistance au changement.

Pratiques intégratives

La pratique partagée et l'organisation d'activités sont des pratiques stratégiques qui ont pour objectifs de soutenir la mise en place d'actions communes que l'on retrouve à la phase d'intégration. Ces pratiques génèrent des modèles d'action, guident le groupe dans ses démarches et facilitent les transactions entre les acteurs. Ces actions structurantes de la part de ces infirmières favorisent des apprentissages organisationnels tels que l'engagement autour d'un projet commun et le développement de stratégies d'action partagée incluant l'« essai-erreur » de groupe. Elles permettent également à l'infirmière de faire connaître son rôle et ses implications et éventuellement, d'être reconnue comme une partenaire significative dans le travail en réseau. Plus particulièrement, la pratique partagée réduit la duplication des actions clinico-administratives produisant ainsi un effet positif sur l'efficience.

L'organisation d'activités quant à elle, favorise l'échange d'informations sur les services offerts. Ce partage d'information stimule l'entraide et réduit les préjugés. Ce faisant, il permet l'établissement de stratégies d'interventions complémentaires entre le CH et les CLSC. Les échanges produits lors de l'animation de comités de travail ou de discussions de cas, permettent la clarification et l'ajustement des actions favorisant ainsi, une plus grande complémentarité et un engagement plus solide des parties.

Pratiques institutionnalisantes

Les deux pratiques identifiées à la phase d'institutionnalisation sont relatives à la formation et à l'élaboration de protocoles clinico-administratifs. Ces pratiques qui s'actualisent au niveau organisationnel et inter organisationnel ont une influence notable sur l'apprentissage organisationnel car elles permettent d'assurer la standardisation des

connaissances et l'amélioration des compétences cliniques et d'assurer la formalisation des décisions. Elles facilitent également la reconnaissance et l'ancrage de celles-ci leur assurant ainsi, une certaine pérennité. Enfin, elles permettent de légitimer certaines décisions.

L'influence des ressources individuelles sur les pratiques

Les différentes pratiques stratégiques de cette illustration se déploient grâce aux acquis personnels et professionnels. Sur le plan des acquis personnels, les compétences communicationnelles, la vision et les habiletés politiques, la confiance en soi et une certaine notoriété semblent être des ressources favorisant l'émergence de pratiques stratégiques. Des expériences variées, des valeurs et des croyances orientées vers l'intégration et l'innovation, des connaissances étendues de même qu'un certain niveau d'expertise sont des ressources professionnelles qui ont permis le renforcement de certaines ressources individuelles. Par exemple, les expériences, les connaissances et l'expertise ont eu une influence sur les capacités communicationnelles. Ces dernières ont permis à l'infirmière de faire connaître son rôle et l'importance de son implication ce qui, en retour, lui a apporté une reconnaissance et une crédibilité auprès des autres professionnels du réseau.

Même si dans chaque phase, les différentes ressources individuelles sont mobilisées, force est de reconnaître que certaines ressources s'attachent davantage à certaines phases. Ainsi, dans la phase d'intuition, l'expérience, la connaissance du milieu et des ressources, une vision claire et large de l'intégration et de l'innovation et la confiance en soi sont des ressources individuelles qui peuvent faciliter l'émergence des pratiques stratégiques.

Dans la phase d'interprétation les ressources individuelles prépondérantes sont centrées sur la capacité de partager des informations et des idées. Aussi, la capacité de transmettre une vision claire des finalités de l'intégration est essentielle. Pour ce faire, l'infirmière doit posséder et maîtriser des habiletés communicationnelles puisqu'elle doit capter les manifestations de résistances ou les limites dans l'apprentissage des acteurs.

L'influence des facteurs organisationnels sur les pratiques

Les pratiques stratégiques identifiées dans cette illustration ne peuvent s'actualiser sans la présence de certains facteurs organisationnels. Les facteurs organisationnels sont regroupés sous deux catégories : les facteurs internes qui appartiennent directement à la structure du réseau et les facteurs externes qui réfèrent à l'environnement extérieur au réseau.

Au chapitre des facteurs internes, la création du poste d'infirmière au suivi intégré est un facteur significatif pour la mise en réseau. D'autres facteurs tels que la présence d'un système d'information organisationnel fonctionnel, la présence de mécanismes locaux de soutien à la mise en place des outils du réseau et la synergie de l'équipe soutiennent les apprentissages organisationnels. À la phase d'intégration, le soutien du gestionnaire et de l'organisation sont essentiels pour que l'infirmière puisse consolider son action. De plus, notons que l'organisation qui favorise l'autonomie professionnelle facilite l'apprentissage.

En ce qui a trait aux facteurs externes, dans la mesure où au début des travaux, le mandat énoncé est clair, les probabilités de l'émergence d'un projet commun et rassembleur semblent meilleures. Par ailleurs, la présence d'outils d'information clinique régionaux et de mécanismes de soutien à la mise en place de ces derniers facilite les apprentissages organisationnels car ils renforcent la légitimation du réseau et rehaussent le niveau de connaissance des acteurs. De plus, une structure d'échange inter établissements bien établie favorise la création de liens de confiance. Cette structure d'échange est étroitement liée avec la capacité d'élaboration de documents d'orientations car elle donne un espace concret à l'ensemble des partenaires.

Certains facteurs externes ont été identifiés comme des barrières à l'apprentissage organisationnel soit, la distance géographique entre les unités et le facteur temps. De fait, il apparaît que la délocalisation de certaines unités hospitalières constitue une contrainte aux pratiques stratégiques. Bien que l'infirmière au suivi intégré ait la possibilité de se déplacer, cette distance occasionne des pertes de temps et limite les possibilités de contacts directs avec les autres infirmières de liaison et particulièrement avec l'infirmière de liaison en gériatrie. Ces deux facteurs posent des freins aux échanges (phase d'interprétation) et à la mise en place de projets communs (phase d'intégration).

La dynamique d'apprentissage organisationnel

La dynamique d'apprentissage organisationnel réfère à la façon dont les pratiques sont mobilisées et à l'inter influence entre les pratiques et les apprentissages en tenant compte des liens entre les phases d'apprentissage.

Cette illustration permet d'identifier deux dynamiques distinctes. Celle de l'infirmière du suivi intégré et celle de l'infirmière de liaison. Rappelons que bien que ces deux infirmières occupent des fonctions qui ont pour objectif de favoriser l'intégration clinique, la première se voit confier un mandat particulier par l'organisation tandis que la seconde occupe un poste standard. Les fonctions de l'infirmière du suivi intégré sont davantage axées sur la coordination tandis que celles de l'infirmière de liaison sont axées sur la continuité.

L'analyse montre que les pratiques auxquelles recourent ces infirmières dépendent en partie des fonctions qu'elles occupent. En effet, l'infirmière au suivi intégré qui possède une plus grande marge de manœuvre organisationnelle et qui, de surcroît, bénéficie d'une plus grande expérience et expertise recourt à des pratiques intuitives permettant de mieux comprendre la problématique qu'elle anticipe. Ces pratiques intuitives lui permettent de développer une explication et des hypothèses de solution qu'elle s'emploie à expliquer au moyen de différentes pratiques interprétatives où sa crédibilité et le niveau de confiance de ses partenaires à son endroit sont nécessaires pour faire passer les messages et les connaissances. Dès lors, elle prend un rôle de gestionnaire de projet et utilise un projet concret pour faire la promotion du réseau et pour susciter l'adhésion des professionnels du CH et des autres organisations impliquées dans ce projet. Cette pratique qui se situe aux frontières de la phase d'interprétation et d'intégration permet le passage du partage d'idées au partage d'actions. Elle est alors appelée à organiser des activités pour faciliter la mise en action de tous les partenaires dans le projet. Enfin, elle travaille à institutionnaliser les actions communes en les traduisant dans les procédures clinico-administratives de son CH.

Les pratiques de l'infirmière du suivi intégré d'abord individuelles, sont largement influencées par la richesse et la diversité de ses ressources et sont soutenues par des facteurs organisationnels. Elles permettent à cette dernière de faire ses apprentissages et de consolider ses théories d'usage. Ces pratiques stratégiques sont axées sur la diffusion

d'information et sur le partage d'une vision et d'objectifs communs qui deviennent en soi, un apprentissage permettant l'appropriation de ces objectifs et favorisant le développement d'un langage commun et l'identification de projets ou d'actions communes. Les pratiques et les apprentissages générés ont une influence à la fois sur les aspects relationnels et sur la mobilisation des acteurs qui s'engagent dans des actions collectives. Le partage de la vision, les objectifs et les actions contribuent à créer un sentiment de confiance entre les acteurs organisationnels et professionnels dont l'infirmière du suivi intégré ce qui développe sa confiance en elle et sa crédibilité face à ses collègues. Ce sentiment de confiance mutuel est à la base de la collaboration entre les professionnels et les organisations. Cette infirmière s'implique avec ses partenaires pour faire inscrire leurs actions communes dans des procédures cliniques permettant ainsi d'assurer une certaine pérennité aux actions et aux apprentissages aux niveaux des groupes et organisations. Ces procédures sont à leur tour des références et deviennent ainsi des instruments d'apprentissage pour les individus et les groupes.

Pour décrire en quelques mots la trajectoire des pratiques et des apprentissages empruntée par l'infirmière au suivi intégré, on pourrait dire que cette dernière suit l'ordonnement présenté dans le modèle de Crossan où les actions s'enchaînent de façon graduelle générant dans un premier temps, des apprentissages individuels, de groupes puis, organisationnels. Les pratiques identifiées chez cette infirmière sont présentes dans chacune des phases d'apprentissage mais sont plus intenses dans les phases d'intuition et d'interprétation ce qui correspond à la démarche novatrice. Les connaissances individuelles et collectives qui en résultent laissent présager un effet cumulatif qui a un effet sur le changement des pratiques en faveur d'une plus grande intégration.

Par ailleurs, l'infirmière de liaison en gériatrie a un mandat clinique axé sur la continuité inter-établissements. Les pratiques de l'infirmière de liaison en gériatrie se localisent principalement dans les phases d'interprétation et d'intégration où cette dernière travaille à faire comprendre à ses collègues du CH l'importance d'intégrer un maximum d'informations cliniques dans les documents du CH. Elle utilise les rencontres cliniques qu'elle anime pour sensibiliser les autres professionnels au problème d'efficiency relié au chevauchement et à la duplication d'information. Elle favorise aussi le partage d'outils et travaille avec les autres professionnels à unifier ces derniers.

Ses pratiques semblent consécutives à des apprentissages organisationnels où cette dernière identifie la redondance d'information comme un élément qui a un effet sur l'efficacité au CH et sur la mise en réseau. Les pratiques qu'elle privilégie sont plus opérationnelles que stratégiques, elles visent à favoriser des prises de conscience collective de l'importance d'harmoniser les outils et les processus afin d'améliorer la continuité des services. Les actions privilégiées visent l'identification collective des correctifs et leur application.

Les pratiques observées chez cette infirmière, à l'instar des pratiques identifiées chez l'infirmière du suivi intégré ne s'inscrivent pas dans une séquence graduelle. Elles sont plutôt récurrentes entre les phases d'interprétation et d'intégration.

Illustration 1.2 – La mise en place d'un rôle clé dans le réseau de services aux personnes âgées : le gestionnaire de cas

Les différents documents d'orientations relatifs aux services pour les personnes âgées insistent sur la nécessité de mettre en place certaines composantes cliniques, organisationnelles et administratives afin d'assurer une meilleure intégration des soins et services (MSSS, 2001; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 1998). Le rôle de gestionnaire de cas a été mis en place dans les CLSC. Ce rôle est cité comme une des composantes cliniques essentielle pour assurer la mise en réseau.

Le *gestionnaire de cas* a pour fonction d'élaborer et de s'assurer de l'application du plan de services inter-établissements pour les personnes âgées présentant des critères de vulnérabilité. Le gestionnaire de cas a, en d'autres termes, une fonction de coordonnateur du plan de services inter établissements afin que ces services soient offerts au bon moment, par la meilleure personne ceci, pour éviter la duplication ou le chevauchement de services. Le gestionnaire de cas est donc appelé à transiger avec tous les dispensateurs de soins et de services sectoriels (ex. CH, médical), intersectoriels (ex. Office municipal d'habitation, service de police) ou communautaires (ex. popotes roulantes, services de répit). Ce rôle peut être confié tant à une infirmière qu'à tout autre professionnel de l'équipe qui est responsable de l'offre de services pour les personnes âgées du CLSC.

Si ce rôle fait l'unanimité quant à sa pertinence pour la clientèle, sa mise en place semble plus difficile à réaliser. Bien que les CLSC de la région socio sanitaire étudiée aient mis en place ce rôle dans chaque établissement, le modèle d'organisation diffère d'un CLSC à l'autre ce qui crée une certaine confusion dans et entre les établissements.

« Mais là un gestionnaire de cas pour le CLSC ça veut dire ça, chacun a sa petite définition, la Régie ne tranche pas. Donc tout le monde peut personnaliser ses affaires donc ça fait un « jello » qui n'est pas pris. » (Infirmière)

Cette disparité dans l'offre de services affecte la qualité des rapports entre les CH et les CLSC et produit une perte d'efficacité dans le système de soins en général.

« ...elles (les infirmières de liaison des CH) nous disent toujours, arrangez-vous ensemble les CLSC, harmonisez-vous ensemble parce que nous à l'hôpital on ne peut pas savoir ce que chaque CLSC donne. C'est vrai dans le fond. On n'est pas harmonisé dans les CLSC, mais pas du tout. » (Infirmière gestionnaire)

Aussi, les gestionnaires de cas souffrent d'un manque de reconnaissance par les autres professionnels du réseau notamment, de la part des médecins traitants.

« Et je me définis comme gestionnaire de cas. C'est comme si ce rôle-là n'est pas reconnu par le partenaire hospitalier. En fait, il n'est même pas compris. ... il m'est arrivé souvent de signer, gestionnaire de cas dans les communications que j'ai avec des médecins de cliniques privées et je n'ai pas de réponse. Il n'y a comme pas d'imputabilité en regard du gestionnaire de cas. C'est comme si dans le fond tu es une personne comme une autre. » (Travailleuse sociale)

Dans la section suivante les pratiques de ces infirmières gestionnaires de cas seront décrites avec l'objectif d'identifier les pratiques stratégiques qui contribuent à l'apprentissage organisationnel en faveur d'une plus grande intégration clinique. Cette description sera suivie d'une présentation des ressources individuelles susceptibles de soutenir le recours aux pratiques stratégiques et des facteurs organisationnels influant sur ces pratiques et sur l'apprentissage organisationnel. Une synthèse analytique viendra conclure cette illustration. Cette synthèse a pour objectifs de mettre en évidence les particularités de l'illustration et de les expliciter en se reposant sur le cadre conceptuel proposé.

Pratiques stratégiques et apprentissage organisationnel

Les entrevues et séances d'observations ont permis d'identifier des actions stratégiques posées par des infirmières gestionnaires de cas visant une meilleure reconnaissance du rôle par tous les partenaires du réseau ainsi qu'une certaine uniformisation dans la façon d'exercer cette fonction. Ces infirmières évoluent au sein d'équipes multidisciplinaires. Pour certaines, la fonction de gestionnaire de cas est dominante dans leur pratique quotidienne tandis que pour d'autres, cette fonction est secondaire et c'est la pratique clinique courante qui prédomine. Ces pratiques sont catégorisées dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel tel que définit par Crossan et collègues (Crossan et al., 1999).

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intuition

Dans le cadre de leurs interventions comme gestionnaire de cas, les infirmières expérimentent certaines stratégies créatives qui, par la suite, sont reprises dans d'autres circonstances. Ces infirmières, font en quelque sorte des *expérimentations*. L'expérimentation est une pratique individuelle où l'infirmière tente d'appliquer, dans une situation nouvelle, une action ou une stratégie à laquelle elle avait déjà eu recours dans un autre contexte.

« Il y a beaucoup de créativité dans la gestion de cas, de rechercher des petits moyens simples, des solutions. Nous, on a un regard d'adaptation qui fait que les limites se réduisent. (...) J'appelle ça des petits succès parce que s'ils les ont adoptés, à partir d'exemples que tu (infirmière gestionnaire de cas) as donnés. » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques intuitives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Bien que les pratiques stratégiques identifiées dans cette phase soient peu nombreuses, elles ne sont pas moins significatives puisqu'elles permettent à l'infirmière gestionnaire de cas de développer sa pratique intégrée et d'alimenter son réservoir d'expériences. Cela lui permet d'identifier et de mettre en œuvre, de façon solitaire, des interventions qui, selon elle, peuvent favoriser l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité des soins et services. Cette démarche peut être considérée comme une pratique « quasi » scientifique qui permet à

l'infirmière de bâtir sa propre théorie de l'action à partir de la pratique (Schön, 1994). En répétant ces pratiques, l'infirmière gestionnaire de cas acquiert une plus grande confiance professionnelle puisqu'elle réussit à identifier des actions qu'elle considère concluantes pour favoriser la mise en réseau. Ses expérimentations lui permettent ainsi de concevoir et de formuler des explications. Puisqu'elle choisit de faire des expérimentations à partir d'actions qu'elle a effectuées antérieurement dans d'autres contextes, les actions qu'elle pose sont planifiées. Cette démarche en est une d'explicitation qui aide cette dernière à passer du langage implicite au langage explicite et, de l'action automatique à l'action planifiée. Ce type de pratique semble nécessaire pour permettre à l'infirmière gestionnaire de cas de faire comprendre à ses collègues, sa vision et le produit de ses expérimentations. Le tableau 12 présente les pratiques identifiées ainsi que les apprentissages qu'elles génèrent.

Tableau 12 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Expérimentation	Développe sa pratique intégrée Alimente son réservoir d'expériences Bâtit sa propre théorie de l'action à partir de la pratique <ul style="list-style-type: none"> • Identifie les interventions qui sont les plus porteuses d'intégration clinique Répétition des pratiques permet : <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la confiance professionnelle • passage du langage implicite au langage explicite • passage de l'action automatique à l'action planifiée 	Individuel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'interprétation

Les infirmières gestionnaires de cas déploient des actions stratégiques de *promotion* de leur rôle auprès de leurs collègues pour que la fonction de gestionnaire de cas soit plus reconnue et mieux utilisée. Ainsi, certaines gestionnaires de cas ont affirmé avoir eu recours à des stratégies parentes au marketing où elles expliquent leur rôle à différents acteurs professionnels.

« Parce qu'avant il fallait faire du « P.R. », expliquer notre rôle; insister. » (Infirmière)

Pour ce faire, elles utilisent notamment un outil d'orientation qu'elles ont créé pour sensibiliser et pour faire la promotion de leur rôle auprès des autres professionnels. Cette ouverture aux autres disciplines semble une stratégie gagnante pour assurer la promotion de ce rôle.

« L'ergothérapeute qui partage mon bureau depuis deux semaines, elle a pris mon cahier pour en monter un parce qu'elle trouvait mon cahier intéressant. Je lui ai dit mon cahier, c'est notre cahier (le cahier de l'équipe). » (Infirmière)

Par ailleurs, un autre facteur vient affecter l'actualisation du rôle de gestionnaire de cas. Il s'agit de la pénurie des ressources professionnelles et particulièrement, des ressources infirmières qui occasionne un roulement de personnel affectant particulièrement les infirmières gestionnaires de cas. Pour faire face à ce problème, elles sensibilisent leur gestionnaire administratif à l'importance de se préoccuper de la relève et de s'assurer que les nouveaux gestionnaires de cas aient accès à toute l'information pertinente. Dans ce contexte, elles proposent l'utilisation de leur cahier d'orientation comme solution à cette problématique.

« C'est parce qu'à chaque fois où on avait à orienter un nouvel employé, on rencontrait notre chef de programme et là on disait, bon bien qu'est-ce qu'il faut lui dire, qu'est-ce qu'il faut lui montrer, qu'est-ce qu'il ne faut pas oublier et après, il fallait partager ça avec les membres de l'équipe l'orientation. » (Infirmière)

« Nous on s'est fait un cahier d'orientations pour l'infirmière en gestion de cas. On l'a monté nous-mêmes l'équipe, de A à Z. Parce qu'à chaque fois qu'on avait une remplaçante pour les vacances ou une personne qui était malade qui devait être remplacée, on avait à orienter une nouvelle recrue et on avait besoin d'outils. » (Infirmière)

Pour les gestionnaires de cas, il est toutefois clair que l'explication de leur rôle uniquement, ne suffit pas et qu'il est nécessaire de faire la promotion du travail en réseau. Dans ces circonstances, les infirmières gestionnaires de cas se placent à l'écoute de leurs collègues professionnels et répondent à leurs besoins afin de créer un partenariat plus solide.

« Il y en a au tout début où je leur ai expliqué le rôle. ... On travaille beaucoup plus avec des médecins, ils commencent à nous connaître. Donc je me dis, si on travaille vraiment et qu'on est attentif à mon point de vue, si on a des situations particulières, nos partenaires, il faut prendre la peine de les aviser. Pour qu'ils sentent qu'on est vraiment des partenaires. » (Infirmière)

La réponse aux besoins des partenaires professionnels revêt différentes formes pour les gestionnaires de cas. Par exemple, elles vont renforcer le message du travail en réseau en expliquant les avantages de faire la bonne intervention, par la bonne personne, au bon endroit et d'établir des liens de communication fonctionnels afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience.

« Un moment donné il faut nommer, que chaque intervenant, s'il pose les bons gestes, à la bonne place et qu'il fait les bonnes communications, qu'il se demande un peu aussi comment par une saine communication ou en déléguant les bonnes tâches aux bonnes personnes, il peut rendre le système plus efficace et faire que quand sa mère aura besoin d'aller à l'urgence, qu'elle aura une place. Je le dis souvent. Souvent je le dis, ... parce que j'ai souvent eu à parler avec les gens et d'expliquer, j'ai souvent dit écoutez... ils me disaient ça n'a pas d'importance, je leur disais, oui ça a de l'importance. » (Infirmière)

Sur le plan inter-organisationnel, les infirmières gestionnaires de cas utilisent plusieurs actions stratégiques pour se rapprocher des autres établissements. Entre autres choses, elles iront faire des stages dans les urgences pour mieux connaître leur réalité et pour établir des liens avec les professionnels de l'urgence. L'établissement de ces liens permettra à la gestionnaire de cas de *négocier* de façon informelle des règles de références plus souples et plus ajustées aux capacités des urgences.

« Ils me connaissent, ils commencent à savoir je suis qui, ils voient que quand j'envoie quelqu'un et que je dis : « elle ne peut pas, venez à la maison », j'ai fait tout ce qui était possible avant, ils me font confiance, ils me disent aussi leurs limites. Quand ils me disent aujourd'hui à l'urgence, c'est complet. Donc oui je vais peut-être essayer de trouver une autre avenue que ça, mais ils savent que si je l'envoie vraiment c'est que j'ai fait tout ce qui était possible à domicile. Une chose qui a aidé beaucoup c'est que moi je suis allée passer une journée à l'urgence. » (01-02-10-05)

Par ailleurs, l'infirmière gestionnaire de cas se servira de son esprit créatif et critique pour ébranler les règles dites « institutionnalisées ». Par exemple, face à une problématique complexe impliquant plusieurs partenaires du réseau, la gestionnaire de cas créera une alliance avec les gestionnaires et avec les professionnels du CH pour négocier un ajustement particulier dans l'offre de service qui deviendra un précédent dans d'autres situations similaires.

« Je me suis solidarisée avec la liaison (infirmière) et sa patronne pour faire une représentation au niveau de la Régie. C'est la Régie qui décide de ça. Dans le fond on a dit oui on fait une demande parce qu'il fallait que la demande vienne de l'hôpital parce que les demandes viennent de l'hôpital. Après ça, ma liaison a dit, oui on fait une demande de désengorgement, et me l'a signée à 45 heures. Parce que je disais, j'ai besoin de 45 heures pour le maintenir à la maison. Et là ça été autorisé et mon client est resté à la maison. Il faut être créatif aussi. Des fois c'est de dire, la norme c'est ça, mais est-ce que je peux la dépasser et je peux la négocier ? Et comment je peux faire ça ? Ce n'est pas compliqué d'appeler. Je ne perds rien. Je fais juste une demande. Et je sais pourquoi. Parce que mon client le veut, parce que j'y crois aux soins à domicile et que je sais que je vais sauver les soins palliatifs. Et je suis convaincu que ça coûte plus cher que mes 45 heures. »
(Infirmière)

Dans la foulée de la pratique de négociation, les gestionnaires de cas apprennent à utiliser le « trock » ou l'échange de bons procédés dans leurs relations. Cette façon de faire qui repose sur une confiance mutuelle, permet d'agir ensemble de manière plus efficace en réduisant au minimum le recours aux démarches bureaucratiques. Elle devient aussi une garantie de collaboration pour l'avenir.

« À l'externe, c'est beaucoup plus difficile c'est un fait. On vient avec le temps à se faire connaître. Par contre quand quelqu'un vient te voir et te demande quelque chose il faut aussi que tu le fasses, ça marche dans les deux sens, il y a un retour d'ascenseur. Moi je n'ai pas peur de dire, écoutes, je sais que je te demande une faveur, ... » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques interprétatives sur le processus d'apprentissage organisationnel

La phase d'interprétation peut être vue comme la phase de la compréhension mutuelle. Dans cette illustration, les deux types de pratiques stratégiques interprétatives sont celles de *promoteur du rôle de gestionnaire de cas et du travail en réseau et de négociateur*.

La pratique de promoteur du rôle de gestionnaire de cas s'actualise en empruntant des stratégies de sensibilisation et de marketing. Les actions effectuées par les infirmières gestionnaires auprès des professionnels et des gestionnaires de leur établissement et des autres établissements du réseau permettent certes, de faire connaître les fonctions de base des gestionnaires de cas nonobstant la formation de base de ces derniers, mais aussi, elles permettent de faire découvrir aux acteurs du réseau, l'apport distinctif des infirmières gestionnaires de cas. L'utilisation d'un cahier d'orientation par les infirmières gestionnaires de cas, semble un véhicule pertinent dans ce contexte puisque cet outil sert de modèle aux autres professionnels. Il offre, à ceux qui s'y réfèrent, un lexique et certaines précisions sur les standards reliés à cette fonction. Cet outil est aussi une référence pour les gestionnaires de cas en apprentissage car il permet une meilleure compréhension du travail attendu influençant positivement la qualité des interventions des gestionnaires de cas « novices ». L'utilisation de ce cahier d'orientation comme outil de promotion fait en sorte que les professionnels et les gestionnaires qui s'y réfèrent, considèrent la rigueur et le souci de qualité des infirmières gestionnaires de cas ce qui rehausse leur crédibilité aux yeux des autres acteurs du réseau. Le recours à cette stratégie de promotion du rôle de gestionnaire de cas n'est pas systématique, ce qui explique que cette dernière est associée à la phase d'interprétation mais force est de reconnaître que dans la mesure où les acteurs y réfèreraient régulièrement cette stratégie aurait un potentiel d'institutionnalisation.

Les infirmières gestionnaires de cas font la promotion du travail en réseau. Aussi, elles partagent leurs connaissances sur les finalités, les principes et les composantes d'un réseau de soins et de services et sur les mécanismes de collaboration existants ou à consolider. Leur attitude d'écoute et leur souci de répondre aux besoins de leurs partenaires, et plus particulièrement de ceux qui résistent au travail en réseau, permet à ces derniers de comprendre concrètement, les avantages du réseautage et les aspects à améliorer pour obtenir une meilleure intégration clinique. Cette stratégie de partage des connaissances sur la vision, les finalités et les composantes du réseau contribue à faire tomber les préjugés et les incompréhensions et prédispose favorablement les autres professionnels à s'impliquer avec les gestionnaires de cas. Ceci a pour effet de rehausser le sentiment de confiance entre les professionnels du réseau et de favoriser l'établissement de liens qui seront nécessaires éventuellement, à la réalisation d'actions communes.

Enfin, le recours à la négociation dans l'organisation des services est source d'apprentissage dans la mesure où de façon générale elle remet en question les règles préétablies et elle cherche plutôt, à impliquer les acteurs dans l'aménagement ou l'ajustement des pratiques pour répondre aux situations particulières que présentent les usagers ou certains partenaires organisationnels. La négociation se concrétise par des ententes informelles avec les partenaires et des échanges de bons procédés qui ne peuvent réussir que si les partenaires ont le sentiment de sortir gagnants de part et d'autre. Ces pratiques ainsi que les apprentissages qui y sont reliés sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Promoteur du rôle de gestionnaire de cas	Fait connaître et reconnaître le rôle de gestionnaire de cas Améliore la qualité d'intervention des gestionnaires de cas novices	Groupe
Promoteur du travail en réseau	Informe les acteurs sur les finalités d'un réseau de services intégrés Assure le partage de l'information sur le fonctionnement du réseau Améliore les conditions d'apprentissage en créant des rapprochements	Groupe
Négociation relativement à l'organisation des services	Mobilise plusieurs stratégies simultanées en impliquant les autres professionnels/organisations Aménage ou ajuste les pratiques pour répondre aux situations particulières	Groupe

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intégration

Les infirmières gestionnaires de cas mettent l'accent sur une *pratique partagée* avec d'autres professionnels. Ce type de pratique est une façon de rehausser le niveau d'expertise et d'améliorer la continuité et la coordination des services, ce qui peut avoir une influence positive sur l'efficacité du réseau particulièrement, dans les cas complexes.

« Quand on travaille en collaboration sur des gros cas durs, on tente de s'épauler et de se donner du support parce que ce n'est pas toujours évident. Je pense que c'est important de ne pas posséder ses cas. D'être capable de reconnaître aussi qu'on sème des graines et que ça va être les autres qui vont récolter. Parce que des fois on a fait un gros travail, tu transferts et là ça va bien, tout déboule. » (Infirmière)

« La co-intervention en gestion de cas ça nous rend capable de « manager » l'exception comme on dit, pour faire en sorte que ça se fasse. » (Infirmière)

Les gestionnaires de cas occupent un rôle « carrefour » auprès de leurs collègues. Elles sont donc en mesure d'apprécier les défis que relèvent quotidiennement les autres professionnels. Cela leur offre l'occasion d'agir comme agent mobilisateur dans une optique plus ou moins délibérée de reconnaissance et d'amélioration de l'efficacité du réseau.

« Et je me dis, on est juté comme des citrons présentement, on travaille fort, tout le monde travaille fort dans le réseau de la santé donc les seuls stimulants ou « bouster » qu'on a c'est de remercier les gens qui travaillent avec toi. De dire ça c'est « l'fun » que tu aies fait ça. Un peu d'encouragement, motiver, encourager les autres. » (Infirmière)

Dans le même sens, les gestionnaires de cas agissent comme des agents mobilisateurs en effectuant des démarches à l'endroit des partenaires afin d'assurer la continuité des services. Ces actions impliquent concrètement les professionnels des autres organisations du réseau et permettent à la gestionnaire de cas de soutenir ses partenaires externes afin d'assurer le respect des orientations du réseau.

« Dès qu'ils (usagers) sont hospitalisés, on appelle (à l'hôpital), on s'identifie, je veux être au courant. Vous savez, il y a encore des congés sans qu'on le sache. Mais quand tu fais le suivi du client, tu demandes (aux partenaires), appelez-nous s'il est à l'hôpital parce qu'on fait un suivi à l'hôpital donc à ce moment-là l'interlocuteur en prend note. » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques intégratives sur le processus d'apprentissage organisationnel

La phase d'intégration est celle qui favorise l'apprentissage organisationnel par des actions communes. La *pratique partagée* et celle d'*agent mobilisateur*, identifiées dans cette phase visent les usagers, les professionnels, l'organisation et le réseau.

La pratique partagée est intéressante sur le plan de l'apprentissage organisationnel car elle permet aux professionnels de partager des façons de faire et d'ajuster leurs rôles respectifs. Certains gestionnaires de cas font de la co-intervention avec un intervenant

responsable d'assurer une partie du suivi mais dans les cas plus complexes, il peut arriver que deux gestionnaires de cas, souvent de disciplines différentes travaillent ensemble pour résoudre une situation. Dans ces cas, la pratique partagée peut atteindre d'autres objectifs soit, de diminuer les barrières interprofessionnelles puisque les deux acteurs ont un besoin de soutien mutuel. Cette pratique est également un levier d'apprentissage dans la mesure où elle fait appel à la mobilisation de l'expertise des autres professionnels pour réaliser les objectifs cliniques et ceux de l'intégration des soins et des services de santé.

La pratique d'agent mobilisateur est une pratique stratégique qui, bien qu'à première vue, puisse être associée à des pratiques interprétatives de transfert de connaissances, se distingue des pratiques interprétatives du fait qu'elle cherche à stimuler le travail d'équipe, en réseau. Pour y arriver, les infirmières gestionnaires de cas s'allient, avec les collègues pour les soutenir dans leur intervention. Ce type de pratique a pour avantage d'aider les professionnels à comprendre la différence des rôles entre intervenant au suivi et gestionnaire de cas, de développer des pratiques complémentaires et d'intégrer les avantages du travail en réseau en matière d'efficacité. Cette pratique s'actualise aussi par du démarchage auprès des autres organisations du réseau avec l'objectif d'aider les professionnels à respecter et à améliorer les liens inter organisationnels afin de s'assurer de la continuité dans l'information et de la coordination des services. Cette pratique permet aussi aux infirmières gestionnaires de cas de rappeler aux partenaires du réseau, leur présence et la pertinence de leur rôle et de leurs actions. Une synthèse des pratiques et des apprentissages qui en découle est présentée dans le tableau 14.

Tableau 14 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage Organisationnel	Niveau
Pratiques partagées	<p>Facilite le partage des façons de faire et l'ajustement des rôles</p> <p>Aplanit les barrières interprofessionnelles</p> <p>Améliore l'expertise</p> <p>Favorise la résolution de problèmes dans les cas complexes</p> <p>Permet de réaliser les objectifs cliniques et ceux de l'intégration des soins et des services de santé.</p>	Groupe
Agent mobilisateur	<p>Favorise les alliances avec les autres professionnels</p> <p>Encourage, motive et soutient les professionnels dans les situations complexes</p> <p>Aide les professionnels à respecter et à améliorer les liens inter organisationnels</p> <p>Stimule le travail en réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • agit sur les compétences individuelles et de groupe • améliore la compréhension des différents rôles • développe des pratiques complémentaires • intègre les avantages du travail en réseau 	Groupe

Les pratiques stratégiques dans la phase d'institutionnalisation

La première pratique stratégique identifiée est l'application des orientations qui stipule que le gestionnaire de cas est « responsable de coordonner les plans de services des personnes âgées en s'associant, les partenaires du réseau » (MSSS, 2001), ce qui vient établir que le spectre d'action du gestionnaire de cas dépasse les limites de son organisation. Cette responsabilité confiée aux gestionnaires de cas se traduit dans une action qui est l'*élaboration des plans de services* en collaboration avec les autres partenaires.

Une autre de ces pratiques stratégiques est la *participation* des infirmières dans les *comités d'orientation clinico-administratifs* qui visent notamment à supporter le déploiement de la fonction de gestionnaire de cas. Ces comités sont des lieux de prises de position pour l'organisation ou pour le réseau.

Au niveau organisationnel, les infirmières gestionnaires de cas prennent une place importante dans la structuration de ce rôle où elles sont impliquées depuis le début du projet soit, depuis environ sept ans et où elles s'investissent activement dans leur CLSC à la redéfinition et à une meilleure implantation de ce rôle.

« On a refait un modèle de gestion de cas. On a établi des critères selon les majeures. Est-ce que c'est une majeure sociale, une majeure de maladie dégénérative ou une majeure avec des problèmes de santé selon les problématiques. » (Infirmière)

Enfin, les infirmières gestionnaires de cas s'impliquent comme *formatrices* dans des activités de formation régionales reliées à la fonction ou aux outils utilisés par les gestionnaires de cas. Cette activité, en plus de leur apporter une certaine crédibilité, leur permet de créer ou renforcer des liens avec leurs collègues du réseau.

« Moi j'ai donné de la formation sur le formulaire d'évaluation d'outil multi clientèle (OEMC). J'ai donné ça à l'ensemble des professionnels dont les gestionnaires de cas... c'était donné par la Régie. Moi je suis formateur pour l'OEMC et on en a donné pendant plusieurs mois de façon intensive. (...) là j'ai rencontré du monde avec qui je parlais au téléphone et enfin je les voyais. Donc c'est sûr, ça fait des liens. Donc maintenant quand j'ai affaire à eux autres on se connaît un peu. » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques d'institutionnalisation sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les infirmières gestionnaires de cas recourent à un certain nombre de pratiques stratégiques pour que leur mandat de coordination des plans de services devienne une pratique suffisamment incorporée pour que l'ensemble des acteurs du réseau la considère incontournable et que ces acteurs y recourent automatiquement.

La complétion des plans de services individualisés n'est pas uniquement l'application des orientations. Son usage répété est en soi, une démarche structurante qui agit comme un modèle de coordination pour tous les autres acteurs du réseau. La généralisation du plan de service individualisé est une mesure qui peut venir supporter la qualité, la coordination et la continuité des services.

L'apport des infirmières gestionnaires de cas dans les comités de travail est important car les infirmières y apportent des points de vue influencés certes, par leur pratique professionnelle, mais surtout par l'amalgame des pratiques stratégiques auxquelles

elles recourent. Elles bénéficient d'informations sur les pratiques intégrées dans le réseau et sur les facteurs à considérer pour développer une pratique en réseau durable.

À titre de formatrice, elles contribuent à la diffusion de connaissances favorisant une meilleure compréhension du travail en réseau tout en permettant une standardisation des pratiques reliées aux outils et aux processus du réseau. Ainsi, les infirmières gestionnaires de cas qui agissent comme formatrices contribuent à la mise en commun de la vision de l'intégration clinique et soutiennent le développement d'un langage commun. Leur implication comme formatrice est aussi un moyen de promotion de leur rôle de gestionnaire de cas. Les pratiques et apprentissages relevés dans cette section sont présentés au tableau 15.

Tableau 15 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante	Offre un modèle de coordination pour tous les autres acteurs du réseau Favorise la continuité de services	Individuel
Participation au comité sur la redéfinition de la gestion de cas	Favorise la structuration et la légitimation du rôle de gestionnaire de cas	Organisationnel
Formatrice régionale	Standardise les connaissances sur les outils et processus du réseau <ul style="list-style-type: none"> • Langage commun • Vision partagée du réseau Permet de faire connaître les gestionnaires de cas Favorise les liens entre les professionnels des réseaux.	Organisationnel

Ressources individuelles

Dans cette illustration, les infirmières gestionnaires de cas utilisent différentes pratiques pour faire connaître et faire comprendre leur rôle afin que l'ensemble des partenaires du réseau de service aux personnes âgées reconnaissent la nécessité de la fonction de gestionnaire de cas et qu'ils apprennent à y recourir davantage.

Les entrevues ont permis d'identifier que les pratiques stratégiques utilisées par les infirmières gestionnaires de cas étaient étroitement liées à des habiletés ou des compétences individuelles ou encore, à une certaine vision de leur rôle ou de leur travail. Le tableau 16 présente les ressources personnelles et professionnelles qui ont été identifiées.

Parmi les ressources individuelles, le recours aux différents types de connaissances semble associé à plusieurs pratiques stratégiques identifiées. Ainsi, la formation comme infirmière bachelière et les diverses formations d'appoint dans différents domaines sont des leviers permettant à l'infirmière gestionnaire de cas de choisir les actions les plus appropriées selon les situations ainsi, elle s'implique dans la formation et la mise à jour de ses connaissances ce qui, en principe, peut améliorer sa confiance en elle parce qu'elle peut s'appuyer sur un savoir existant.

« Moi je sais que je vais assez loin, mais je suis confortable avec ça. Je vais loin à cause de ma formation et de mon expérience. Je suis allée chercher des formations en relation d'aide. J'ai fait de la formation en ressources et développement ou là je suis justement prendre un contrat. J'ai suivi des cours en psychothérapie, etc. » (Infirmière)

Toutefois, ses connaissances ne relèvent pas uniquement des formations puisque les pratiques stratégiques auxquelles elle a recours sont influencées par d'autres formes de connaissances comme la connaissance des ressources et des partenaires. Cette dernière est reliée pour certains, à l'expérience de vie, à des aspects relationnels et à la curiosité intellectuelle qui permet à l'infirmière gestionnaire de cas de s'intéresser entre autres choses, aux outils et au travail des autres professionnels.

« Il faut quand même que je sois au courant des outils que les travailleurs sociaux vont utiliser pour du dépistage. » (Infirmière)

« Moi je pense que ça prend une personne qui est quand même un peu curieuse. Il faut que la personne aime lire et se mettre à jour. C'est un milieu qui quand même change. De connaître un peu autant les maladies que la situation de santé et tout ça. Mais ça ne prend pas je pense de connaissances pointues ou spécifiques ça prend juste une bonne curiosité et se mettre à jour sur ce qui se passe et faire des lectures. » (Infirmière)

L'expérience de vie a été identifiée précédemment comme une condition individuelle importante dans l'acquisition des connaissances. Il appert que l'expérience professionnelle est une ressource individuelle toute aussi signifiante. L'acquisition des connaissances et de l'expérience est reliée certes, à la curiosité mais aussi à une posture

d'ouverture, à une propension à l'apprentissage et enfin, au désir de partager ses connaissances.

« Il faut que tu aies eu de l'expérience à domicile comme infirmière pour justement avoir ta vision globale. (...) Les connaissances et l'expérience, c'est deux choses différentes. Je pense que ça prend les deux. Aussi pour être présentement gestionnaire de cas à domicile, bien ça prend de l'expérience à domicile. Il faut que tu y sois allé à domicile pour savoir comment ça se passe. (...) Ça prend de l'ouverture d'esprit. Il faut que tu sois à l'affût de tout. Dans le sens qu'il faut toujours que tu sois « up to date ». Il faut que tu lises, il faut que tu aies de la formation en cours d'emploi. Il faut que tu sois au courant des ressources. Je pense que ça s'append avec un certain minimum d'expérience. De l'ouverture par rapport à certaines situations particulières, mais de l'ouverture face aux connaissances. Avoir le goût d'aller chercher de l'information. Avoir une curiosité. (...) Il faut que tu aies le goût d'apprendre. Il faut que tu aies le goût de partager aussi avec les autres tes connaissances. (...) Avoir cette capacité de transmettre pas juste aux infirmières mais à l'équipe aussi. Ne pas garder l'information. (...) Je trouve ça important, une information peut aider plein de choses. » (Infirmière)

Outre la connaissance et l'expérience, d'autres habilités et compétences individuelles ont été répertoriées auprès des répondants. D'abord des habiletés dans les communications ainsi qu'un leadership associé au fait que les gestionnaires de cas se reconnaissent une certaine autonomie. De plus, les gestionnaires de cas affirment que pour exercer adéquatement leur rôle, elles doivent être capables de gérer les priorités.

« Il faut aussi qu'elle soit à l'aise avec la clientèle. On a parlé de communication (...) coordonner aussi. Être capable de coordonner et de prioriser aussi les urgences, prioriser ton travail. Parce que dans un rôle de gestionnaire de cas il faut que tu priorises. » (Infirmière)

« Il faut que toi tu sois capable de te prendre en main et de le faire ton travail, ne pas toujours te fier à l'autre et ce qu'elle dit, ce qu'elle fait. D'être un leader. Ça prend du leadership pour être gestionnaire de cas parce que tu as le client, les personnes-ressources, les intervenants. Tu as un grand réseau avec qui tu discutes. » (Infirmière)

Un certain nombre de ressources individuelles relèvent des valeurs et des croyances endossées par l'infirmière gestionnaire de cas. Parmi ces dernières, on retrouve d'abord la vision d'intégration associée à la continuité, l'approche populationnelle et l'importance du travail d'équipe. Cette vision et les valeurs qui y sont associées influencent d'une part, la nature des informations et des connaissances que l'infirmière gestionnaire de cas capte et d'autre part, la manière dont elle agit auprès des usagers et de ses collègues. L'infirmière qui incorpore l'intégration dans ses valeurs dit faire partie d'un tout (le réseau) et intervient

en pensant à ce « tout ». L'actualisation de cette vision passe par une posture d'ouverture aux autres professionnels de différentes disciplines et à la capacité d'intervenir en tenant compte de cette pluralité.

« Je pense qu'il faut avoir ce sentiment-là qu'on est un maillon de la chaîne. On manque de lit, je pense qu'on veut que la bonne personne soit à la bonne place, au bon moment. Ça, moi j'y crois. Je pense qu'on peut, par différentes façons, contribuer à ça. » (Infirmière)

« Moi j'ai une vision bien, bien, bien communautaire. (...) Je crois aussi au milieu communautaire. (...) Je pense qu'on a besoin d'avoir du monde autour de nous autres qui nous entourent et ils sont tous là les services pour nous aider. Il faut juste comme essayer de faire un lien entre tout ça. » (Infirmière)

« Je pense que c'est quelqu'un qui doit aimer travailler en équipe(...) Et d'être ouvert aux autres professionnels. Pas juste d'aimer travailler en équipe, ce n'est pas juste l'équipe. (...) Ça prend quelqu'un qui a assez confiance en lui et qui a touché un peu à toutes sortes d'affaires, qui est curieux. » (Infirmière)

Sur le plan des valeurs, le respect et la confiance - en soi, envers les usagers et à l'endroit des collègues de travail et autres partenaires - semblent favoriser les pratiques permettant des apprentissages organisationnels. De plus, il a été possible de voir dans les témoignages que le respect mutuel était étroitement lié à la confiance. Par ailleurs, la confiance mutuelle est vue comme une entreprise qui se construit dans le temps.

« Je pense que ma principale valeur c'est le respect. Que ce soit au niveau avec la personne de la famille ou avec mes collègues. Je pense que quand tu as ça comme valeur, le respect, tu as l'écoute, tu as la facilité de passer les messages, ça va tout avec ça. » (Infirmière)

« Combien de fois les gens m'ont dit : « Je vais le faire parce que c'est toi qui me le dis ». Il y a un niveau de confiance élevé. C'est la base. Il n'y a pas d'intervention s'il n'y a pas de confiance. C'est primordial. Ça prend du temps construire une relation de confiance, ça peut prendre des années avant que quelqu'un réussisse à dire ok je vais l'essayer. » (Infirmière)

Enfin, certains répondants ont mis en lumière l'engagement comme une valeur pouvant soutenir des actions qui facilitent les apprentissages organisationnels. En effet, certains gestionnaires de cas ont exprimé croire à l'importance de leur fonction et de là, ont affirmé leur intérêt à s'impliquer concrètement et volontairement dans l'évolution de ce rôle.

« Déjà je le lis et j'aime ça la gestion (de cas). J'ai un côté où j'aime ça être concernée. J'ai toujours aimé ça. Donc j'ai un intérêt personnel. Quand ils ont fait ça, on a lu le document et ils ont demandé qui ça intéressait d'être sur le comité. Il en fallait dans différents domaines et j'ai donné mon nom. C'était sur une base volontaire. » (Infirmière)

Tableau 16 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Ressources personnelles	Ressources professionnelles
Confiance en soi /respect	Connaissances <ul style="list-style-type: none"> • De son rôle comme gestionnaire de cas • Cliniques • Clientèle • Ressources
Curiosité	Formation de base
Habiletés relationnelles <ul style="list-style-type: none"> • Sens de l'écoute • Capable de communiquer 	Spécialisation clinique <ul style="list-style-type: none"> • Soins palliatifs • Cancer • Proches-aidants • Santé mentale
Ouverture aux autres <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une certaine souplesse avec les clients et partenaires 	Formations transversales <ul style="list-style-type: none"> • relation d'aide • psychothérapie • éthique • droit des personnes âgées, etc
Volonté <ul style="list-style-type: none"> • d'apprendre • de s'impliquer comme gestionnaire de cas • de participer aux travaux pour faire évoluer la fonction de gestionnaire de cas • de partager ses connaissances 	Expérience (polyvalence) <ul style="list-style-type: none"> • Comme gestionnaire de cas • Expériences professionnelles variées
Leadership	Vision globale (biopsychosociale)
Jugement <ul style="list-style-type: none"> • autocritique • capacité de prendre des décisions efficacement 	Valeurs – croyances <ul style="list-style-type: none"> • Intégration (accessibilité-continuité-coordination-qualité) • Interdisciplinarité • Travail en équipe • Respect / confiance • Professionnalisme • Répondre aux besoins du client • Fiable et proactif à l'endroit des partenaires (crédibilité)
Sens de l'organisation <ul style="list-style-type: none"> • Discipline • Savoir gérer les priorités 	
Créativité	

Facteurs organisationnels

Tel que décrit précédemment, plusieurs ressources individuelles entrent en ligne de compte pour permettre aux infirmières gestionnaires de cas de recourir à des pratiques stratégiques et il en va de même pour les facteurs organisationnels recensés dans le matériel analysé pour cette illustration et présenté au tableau 17. Ces facteurs ont des effets tantôt positifs, tantôt négatifs sur le recours aux pratiques stratégiques et sur l'apprentissage organisationnel proprement dit.

Les documents d'orientations qui ont été élaborés par le ministère et par l'instance de gouverne régionale sont des facteurs positifs puisque ces documents servent en quelque sorte de guide dans la mesure où ils apportent notamment, des informations sur le mandat d'un gestionnaire de cas. Ainsi, les gestionnaires de cas voient leur rôle légitimé dans des documents officiels.

« Ayant un peu en tête les orientations et ayant à réfléchir là-dessus dans l'application, quand j'ai été reçue comme gestionnaire, pour moi, c'était comme facilitant parce que je savais déjà un peu l'esprit dans lequel ça devait se passer. » (Infirmière)

Par ailleurs, certains répondants ont exprimé des frustrations relativement aux démarches bureaucratiques et aux nombreux formulaires à compléter. Les répondants associent cette situation à une perte de temps et d'efficacité dans la mesure où ils ont à réécrire plus d'une fois les mêmes informations.

« La première limite je pense que c'est sûr qu'au niveau de la paperasse qui fait que quand moi j'ai mon client devant moi qui me dit, j'aimerais ça aller faire de l'exercice et que je veux l'envoyer dans une ressource, un centre de jour, là c'est comme, c'est compliqué. Ça ne se fait plus juste de dire, on va aller visiter, on va aller s'intégrer et on va aller essayer. Non. C'est comme, il faut remplir tout un formulaire. Ce sont toutes ces démarches-là qui sont très, très longues et qui font que les gens perdent la motivation et qu'on les perd en cours de route. » (Infirmière)

Pour parer à cette situation problématique, les répondants reconnaissent par ailleurs, que des efforts ont été consentis tant au niveau régional que dans leur réseau pour leur donner accès à des outils cliniques et de communication standardisés permettant de réduire la duplication et d'accélérer le transfert ainsi que le traitement de l'information clinique.

« Mais pour moi l'intégration c'est qu'il y ait suffisamment peut-être, qu'on puisse parler communication, d'ouvrir les communications, peut-être avec les bons outils. (...) L'outil de

référence, l'inter établissement qu'on utilisait beaucoup, mais maintenant c'est informatisé et je pense que ça va peut-être faire du chemin. » (Infirmière)

« L'harmonisation des formulaires. Moi je pense que ça c'est en branle. (...) Donc les formulaires en termes de langage commun. Déjà qu'on utilise le même c'est déjà un pas dans la bonne direction. » (Infirmière)

Si certains systèmes d'information et de communication représentent une amélioration, d'autres systèmes mis en place pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services peuvent avoir un effet contraire. Ainsi, selon certains répondants, la mise en place d'une ligne dédiée aurait un impact négatif sur l'accessibilité si les intervenants qui l'utilisent ne réussissent pas à parler directement et au bon moment, au partenaire concerné.

« Souvent on se parle de boîte vocale à boîte vocale. On a des bribes d'information. On n'a pas nécessairement le temps d'aller chercher l'information qui nous manquerait. » (Travailleuse sociale)

Par ailleurs, l'appui du gestionnaire se révèle aussi être un facteur important dans la mesure où ce dernier a la possibilité d'octroyer une certaine marge de manœuvre au gestionnaire de cas. Cette marge de manœuvre se traduit dans une plus grande autonomie reliée à la tâche et aussi, dans la gestion du temps et des priorités.

« Par rapport à ici, c'est reconnu comme notre rôle. C'est comme reconnu dans notre cours de gestion de cas d'aller là-bas. Donc si on ne trouve pas du temps nous, à part de notre gestion de cas, c'est d'en parler à notre chef de programme, et réévaluer notre charge clinique. Ici c'est comme reconnu dans le sens que ça fait partie déjà, dès le départ c'était comme à l'intérieur de notre tâche, quelque chose de reconnu. Se déplacer et encourager dans des gros cas entre autres. » (Infirmière)

Au-delà du soutien du gestionnaire, on observe également que le leadership de l'organisme de gouverne est tout aussi important dans la mesure où, d'une part, il donne un signal sans équivoque aux gestionnaires des établissements et d'autre part, il appuie ce signal par des activités à portée régionale comme ce fut le cas avec la mise en place des formations régionales portant notamment sur le rôle de gestionnaire de cas. Cette activité régionale a permis aux intervenants des différents établissements de se rencontrer et d'échanger sur des sujets et des préoccupations communes.

« Gestion de cas mais vraiment... ça, ça avait été donné par la Régie. Il y avait tant d'inscriptions par CLSC donc c'était intéressant on se retrouvait plusieurs de différents CLSC en mettant en commun comment on allouait des services comment on gérait la gestion de cas, etc. » (Infirmière)

Les procédures cliniques sont identifiées par les répondants comme un facteur susceptible d'influencer les pratiques des infirmières. Ces procédures n'étant pas toujours standardisées et appliquées de la même manière dans le réseau affectent d'autant la performance du gestionnaire de cas ou sa crédibilité aux yeux des autres professionnels.

«... nous comme infirmière, on fait nos évaluations et nos réévaluations et c'est marqué. C'est marqué dans l'ordinateur, on inscrit le profil, on inscrit le modèle d'intervention, mais tout ça ce n'est pas noté. Alors de ces douze là (clients suivis par d'autres gestionnaires de cas non-infirmières) je suis obligé de refaire tout ça. » (Infirmière)

« Dans le sens où souvent à l'hôpital quand ils donnent un congé, eux autres ils ont leur propre façon de voir ça et souvent ils vont faire une espèce de liste. Moi j'appelle ça une liste d'épicerie, mais sans tenir compte de nous autres (gestionnaires de cas), est-ce qu'on est capable de faire tout ça. » (Infirmière)

Les répondants ont fait état également que l'équipe était un facteur non négligeable dans l'application des actions stratégiques favorisant l'intégration clinique. Le premier aspect mis de l'avant par ces derniers est relatif à la possibilité pour les intervenants des équipes de se rencontrer. Ces rencontres représentent un espace permettant aux intervenants de discuter des situations cliniques.

« Il y a les rencontres. Moi je pense qu'il faut que les gens se rencontrent même entre profession. Il faut qu'il y ait des rencontres, des discussions, des discussions de cas. Je trouve que c'est important de se rencontrer » (Infirmière)

Par ailleurs, les intervenants ont souligné que le manque de stabilité relié à la mobilité du personnel représentait un frein dans le travail multidisciplinaire et dans la continuité des services.

« Moi je pense que globalement le travail multidisciplinaire n'existe pas. En fait, il existe partiellement. Ça serait intéressant qu'on puisse former véritablement des équipes. Pas nécessairement dans tous les dossiers. Il y a de plus en plus de dossiers complexes. Il faut de la continuité, il faut que le personnel reste en place. » (Travailleuse sociale)

La question des ressources professionnelles proprement dites a aussi une influence sur les actions stratégiques des infirmières. C'est ainsi que certaines infirmières affirment que le fait d'avoir mis en place des fonctions infirmières ayant un mandat de liaison inter-établissements représentait un levier favorisant la continuité et la coordination des services.

« Et il y a des changements que j'ai vus depuis des années, où on a vu, je trouve que c'est vraiment des fonctions d'infirmière, où on a des infirmières de liaison dans des endroits spécifiques, des programmes spécifiques, ce que l'on n'avait pas il y a quelques années. Et c'est tellement aidant. » (Infirmière)

Par contre, la pénurie de ressources infirmières et d'autres professionnels est un élément problématique qui a pour effet de créer une surcharge le travail chez les gestionnaires de cas leur laissant l'impression que l'intégration ne s'actualise pas.

« C'est cette espèce de contexte de manque de ressources chroniques partout et de toujours faire plus avec moins qui fait en sorte que ce n'est pas justement intégré. » (Infirmière)

Tableau 17 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 1.2

Facteurs internes	Facteurs externes
Documents d'orientations	Obtenir l'information stratégique pour ajuster ses actions comme gestionnaire de cas
Reconnaissance par le CLSC du temps investi par le gestionnaire de cas pour faire connaître son rôle et pour du démarchage	Outils cliniques uniformisés <ul style="list-style-type: none"> • Informations cliniques disponibles • Lignes dédiées • ↑ accès des partenaires aux gestionnaires de cas
Comités de travail sur la gestionnaire de cas Local	Fonctions d'inf. dédiés pour assurer la continuité (ex. Infirmière de liaison)
Dynamique d'équipe <ul style="list-style-type: none"> • Stabilité dans l'équipe • Approche interdisciplinaire 	Formation régionale sur la gestion de cas
Rencontres d'équipe <ul style="list-style-type: none"> • discussions de cas • qualité des communications et des relations dans l'équipe (climat) 	Comités de travail sur la gestion de cas <ul style="list-style-type: none"> • Régional
<ul style="list-style-type: none"> • Frontières professionnelles entre gestionnaire de cas 	Pénurie de ressources inf. et autre (ex. ergo) en CLSC et en CH
Lourdeur bureaucratique <ul style="list-style-type: none"> • perte de temps • démotivation 	

Synthèse analytique

L'influence du contexte sur les pratiques

Cette deuxième illustration aborde la problématique entourant la mise en place voire, l'institutionnalisation de la fonction de gestionnaire de cas qui est la pierre angulaire sur laquelle repose ce réseau car c'est au gestionnaire de cas qu'est confié la responsabilité de la coordination des plans de services inter-établissements. La particularité de cette illustration réside dans le fait que le rôle de gestionnaire de cas est relativement bien décrit depuis plusieurs années et qu'il est présenté comme une composante incontournable à la mise en réseau (MSSS, 2001; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 1998) laissant croire que cette fonction est effectuée.

Selon les documents d'orientation, la gestion de cas peut être exercée par différents types de professionnels. Dans le cas à l'étude, les infirmières font partie d'équipes multidisciplinaires de gestionnaires de cas qui ont la responsabilité de coordonner l'ensemble des soins et services pour des personnes âgées vulnérables.

Les participants à cette étude relèvent que la définition du rôle de gestionnaire de cas présenté dans les documents d'orientation manque de précision ce qui laisse trop de latitude aux établissements dans les modalités de sa mise en place. Ainsi, les gestionnaires de cas doivent relever le défi de l'appropriation de leur rôle, situer ce rôle dans leur organisation et dans le réseau. Ces imprécisions ainsi que le manque de structure dans le déploiement de cette nouvelle fonction, laissent aux autres acteurs du réseau, la liberté de reconnaître ou non cette fonction et fragilise leur collaboration avec les gestionnaires de cas.

Pratiques et apprentissages

L'illustration présente les différentes actions ou pratiques mises de l'avant par des infirmières gestionnaires de cas afin de faire connaître et reconnaître le rôle de gestionnaire de cas au sein du réseau.

Les pratiques identifiées dans cette illustration se situent dans les différentes phases de l'apprentissage. Ces pratiques stratégiques se caractérisent par le fait qu'elles visent au moins une des finalités de l'intégration clinique soit : l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services.

La plupart des pratiques stratégiques identifiées dans cette situation sont reliées à la phase d'interprétation et à la phase d'intégration. Au niveau de l'apprentissage organisationnel, les pratiques effectuées par les infirmières visent notamment, à mieux faire comprendre ce rôle et à habiliter les professionnels à travailler avec les gestionnaires de cas.

Pratiques intuitives

Au chapitre des pratiques intuitives, une seule a été identifiée : *l'expérimentation*. Il apparaît que cette pratique effectuée de façon solitaire, permet à l'infirmière d'élargir son réservoir d'exemples applicables à sa pratique de gestionnaire de cas. Elle lui permet ainsi de mieux comprendre les différents aspects de son rôle et de commencer à formuler des exemples concrets permettant de l'explicitier.

Pratiques interprétatives

Dans la phase d'interprétation, la pratique de *promotion* permet de développer un langage et une vision commune, de se faire connaître comme gestionnaire de cas et d'augmenter son niveau de reconnaissance et de crédibilité. Cette reconnaissance et cette crédibilité favorisent la transmission de l'information et des connaissances relatives au rôle des gestionnaires de cas, à la contribution des infirmières gestionnaires de cas et aux finalités du réseau pour les personnes âgées. La pratique de promotion, identifiée dans cette illustration, s'effectue au niveau du groupe puisqu'elle vise les collègues.

Pratiques intégratives

Dans la phase d'intégration, les apprentissages qui résultent des pratiques visent à habiliter les partenaires professionnels et organisationnels à travailler ensemble à partir de situations réelles. De façon plus précise, les *pratiques partagées (tandem)*, *d'agent mobilisateur et de négociation* visent la dissémination des savoirs faire, l'expérimentation collective de nouvelles façons de faire pour répondre à de nouvelles réalités et la

conscientisation des liens entre les objectifs cliniques et ceux de l'intégration des soins et des services de santé. Ces pratiques s'effectuent la plupart du temps en dyade ou en groupe.

Pratiques institutionnalisantes

En ce qui a trait aux pratiques stratégiques identifiées dans la phase d'institutionnalisation, il apparaît qu'en *participant au comité local sur la redéfinition de la gestion de cas* et en élaborant les plans de services des personnes âgées en association avec les partenaires du réseau, ce qui représente une façon *d'incorporer les règles dans la pratique*, les infirmières répondent aux orientations attendues (MSSS, 2001). Elles contribuent ainsi à la reconnaissance du rôle de gestionnaire de cas, et donc, à sa légitimation ce qui contribue à la structuration du réseau. Par ailleurs, en agissant comme *formatrice*, elle renforce les apprentissages cités précédemment tout en contribuant à la standardisation des connaissances sur les outils et les processus cliniques du réseau. Les pratiques identifiées dans cette phase se situent principalement au niveau organisationnel à l'exception du plan de services qui se situe au niveau individuel mais qui vise le réseau (inter-organisationnel).

L'influence des ressources individuelles sur les pratiques

Tel que démontré, la plupart des pratiques stratégiques effectuées par les infirmières sont des actions individuelles qui ont des visées individuelles ou collectives. Conséquemment, elles ne peuvent se développer sans profiter des ressources personnelles et professionnelles de l'infirmière. La confiance, la curiosité, la créativité, la volonté et les expériences de vie semblent être un préalable au développement des connaissances sur la clientèle et sur les aspects cliniques ou encore, relativement à la connaissance des ressources. Les infirmières développent leurs connaissances au moyen de formations et d'activités de spécialisations diverses. Elles développent aussi leurs connaissances par le cumul d'expériences professionnelles.

Les infirmières gestionnaires de cas se distinguent par le fait qu'elles bénéficient d'une grande expérience dans le réseau de la santé et auprès des personnes âgées. Elles ont une connaissance importante des ressources institutionnelles et communautaires ce qui leur permet d'être vues comme des expertes. Aussi, plusieurs de ces infirmières sont impliquées depuis le début de la mise en place du réseau il y a plus de dix ans ce qui leur octroi un

savoir historique. De plus, dans l'équipe des gestionnaires de cas, les infirmières ont l'habitude de travailler ensemble ce qui contribue au déploiement de certaines pratiques stratégiques de groupe. Aussi, le mandat de mise en réseau qui est confié aux gestionnaires de cas leur donne la marge de manœuvre organisationnelle et favorise un éventail de pratiques stratégiques particulièrement dans les phases d'apprentissage d'interprétation et d'intégration.

Les valeurs et croyances portées par les infirmières gestionnaires de cas réfèrent aux finalités de l'intégration clinique que sont l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services de santé. Elles réfèrent aussi à la complémentarité qu'offre le travail en équipe particulièrement le travail interdisciplinaire. D'autres valeurs sont également soulevées par les répondants et ces dernières sont intimement liées à d'autres ressources personnelles. Le professionnalisme est une de ces valeurs. Cette valeur est liée d'une part, à la volonté de répondre adéquatement aux besoins du client et d'autre part, à la fiabilité et à la pro-activité à l'endroit des partenaires. Pour répondre aux besoins des clients et des partenaires, le jugement, les habiletés relationnelles, la souplesse et une attitude d'ouverture aux autres semblent nécessaires. La fiabilité et la pro-activité quant à elles, sont étroitement liées à la crédibilité et à la confiance entre partenaires. Le professionnalisme tel qu'énoncé par les répondants, rejoint deux caractéristiques de l'intégration soit, la capacité de répondre aux besoins évolutifs du client et la nécessité que le réseau s'ajuste à ces besoins. Cette valeur devient donc très importante dans la démarche d'apprentissage organisationnel.

Le respect et la confiance sont aussi des valeurs considérées essentielles aux yeux des répondants. Ces valeurs qui s'associent à la fois à des ressources personnelles et professionnelles, influencent les actions du niveau individuel jusqu'aux actions organisationnelles et inter-organisationnelles dans la mesure où elles contribuent à créer un climat propice aux échanges et à la production. Par ailleurs, il est important de noter que la confiance entre individus se construit et que le respect est un facteur favorable à l'établissement d'un lien de confiance. Enfin, il apparaît essentiel de mettre en évidence que le respect est la valeur qui a été nommée par la presque totalité des répondants confirmant ainsi, l'importance de cette ressource.

L'influence des facteurs organisationnels sur les pratiques

L'émergence des pratiques stratégiques est reliée aux facteurs organisationnels dans la mesure où ils peuvent servir de levier ou de frein au développement ces pratiques.

Deux types de facteurs organisationnels peuvent être mis en évidence, les facteurs internes au réseau et les facteurs externes à ce dernier. Au chapitre des facteurs internes, on constate que l'existence de documents d'orientations qui présentent le mandat du gestionnaire de cas est un outil important pour les infirmières dans le développement de pratiques stratégiques puisqu'elles peuvent s'appuyer sur ces écrits pour légitimer leurs actions. Le deuxième facteur organisationnel identifié qui semble avoir un impact positif sur l'émergence des pratiques stratégiques repose sur la reconnaissance, par l'organisation, du temps investi par le gestionnaire de cas pour faire connaître son rôle. En effet, il est difficile pour l'infirmière gestionnaire de cas de poser des actions stratégiques si elle n'a pas une marge de manœuvre temporelle minimale pour agir.

En plus des facteurs qui influencent l'émergence des pratiques stratégiques, il existe d'autres facteurs internes susceptibles d'influencer les capacités d'apprentissage organisationnel. Ainsi, la présence de comités de travail portant sur la gestion de cas et la dynamique de l'équipe de travail (stabilité, qualité dans les communications et les relations dans l'équipe) sont des conditions agissant sur l'apprentissage organisationnel.

Parmi les facteurs externes, l'accès à l'information stratégique, la présence d'outils cliniques uniformisés et l'existence de fonctions d'infirmières dédiées (ex. infirmière de liaison en CH) sont tous des facteurs qui peuvent conduire à l'utilisation de pratiques stratégiques car ils répondent à des conditions stratégiques favorisant les jeux d'influence et de pouvoir (Crozier & Friedberg, 1977). Enfin, la formation et la présence de comités de travail régionaux sont des facteurs externes qui peuvent soutenir l'apprentissage organisationnel. A contrario, la pénurie de ressources infirmières et celle d'autres professionnels, tout comme la lourdeur bureaucratique, sont sources de perte de temps et de démotivation agissant négativement sur l'apprentissage organisationnel.

La dynamique d'apprentissage organisationnel

Rappelons que la dynamique d'apprentissage organisationnel réfère à la façon dont les pratiques sont mobilisées et à l'inter influence entre les pratiques et les apprentissages en tenant compte des liens entre les phases d'apprentissage. Les pratiques auxquelles les infirmières recourent dans cette illustration visent principalement à sensibiliser, à éduquer les partenaires relativement au rôle de gestionnaire de cas dans le réseau. En réponse aux objectifs qu'elles entretiennent, la plupart des pratiques identifiées chez les infirmières gestionnaires de cas se retrouvent dans les phases d'interprétation et d'intégration. Ces pratiques semblent indépendantes les unes des autres c'est-à-dire que les pratiques identifiées dans les phases d'interprétation et d'intégration n'agissent pas comme un préalable aux autres. Ainsi, les pratiques de promoteur, courtage de connaissance, d'agent de liaison, la pratique partagée, la mobilisation et la négociation que l'on retrouve dans ces phases peuvent s'effectuer dans l'ordre ou dans le désordre ce qui permet d'avancer qu'elles sont concomitantes. Du fait que ces pratiques visent des objectifs relativement précis et qu'elles peuvent se déployer simultanément laisse croire qu'elles sont plus cohérentes et possiblement, qu'elles apportent plus de poids aux apprentissages organisationnels qui en découlent.

S'il est difficile d'identifier une certaine dépendance dans les pratiques entre les phases d'interprétation et d'intégration, ce n'est pas la même chose entre la phase d'intuition et d'interprétation puisque les pratiques stratégiques auxquelles les infirmières recourent ont un lien de dépendance voire même de continuité puisqu'elles permettent aux infirmières de développer leur contenu et leur message et d'arriver à l'explicitier et à le partager. Quant aux pratiques utilisées dans la phase d'institutionnalisation, elles sont plutôt instrumentales dans la mesure où elles deviennent des moyens pour appliquer les pratiques stratégiques interprétatives.

Par ailleurs, la plupart des pratiques stratégiques auxquelles recourent les infirmières gestionnaires de cas sont le produit d'apprentissages organisationnels des orientations écrites ou de leur cheminement de longue date dans la mise en place de ce réseau.

L'analyse effectuée dans cette illustration tend aussi à démontrer qu'un certain nombre de ressources personnelles seraient préalables au développement de certaines ressources professionnelles. Par ailleurs, le développement des connaissances serait un facteur non négligeable dans l'acquisition de la vision globale (biopsychosociale) qui guide les interventions des gestionnaires de cas et cette vision se projette dans les valeurs professionnelles. Parmi les valeurs, le professionnalisme, le respect et la confiance semblent avoir une importance dans la démarche d'apprentissage organisationnel. De fait, les infirmières apparentent le professionnalisme à deux caractéristiques de l'intégration soit, la capacité de répondre aux besoins évolutifs du client et de faire évoluer le réseau pour répondre à ces besoins. Le respect et la confiance quant à eux sont essentiels aux échanges. Il est toutefois important de retenir que pour les infirmières, la confiance entre individus se construit et que le respect est un facteur favorable à l'établissement d'un lien de confiance.

Les pratiques stratégiques identifiées dans cette illustration sont propulsées par certaines ressources individuelles mais elles ne peuvent s'effectuer sans la présence de certains facteurs organisationnels. Parmi ces facteurs, il apparaît que la définition du rôle des gestionnaires de cas dans les documents d'orientations bien que limitée, facilite tout de même le recours aux pratiques stratégiques car elle apporte une certaine légitimité aux gestionnaires de cas. Par ailleurs, la présence d'outils cliniques uniformisés, de formations régionales sur la gestion de cas et de comités de travail sur la gestion de cas seraient des éléments favorisant l'apprentissage organisationnel. Par contre, la pénurie de ressources serait la source principale des tensions professionnelles entre les gestionnaires de cas dans cette illustration. Cette barrière, au même titre que la lourdeur bureaucratique représenterait des freins à l'apprentissage organisationnel.

Cas 2 – Réseau de soins pour les patients aux prises avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

Mise en situation

Le réseau de soins pour les personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) aussi appelé « réseau MPOC » a pour objectif de rehausser les services dans la communauté en assurant un suivi systématique des soins et des services afin de réduire le recours aux services hospitaliers et principalement, aux services des urgences. Pour ce faire, il cherche à intégrer tous les services pour la clientèle souffrant d'une MPOC en assurant une coordination et un suivi systématique des soins et services dans la communauté pour ces patients

La création du réseau MPOC en 2002 dans la région socio-sanitaire étudiée, résulte de différents événements contextuels présentés par l'organisme de gouverne régional dans un document d'orientation précisant que la mise en place du réseau MPOC fait suite à un forum sur les urgences, tenu en 2000, où le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait des budgets récurrents dans le but de développer ou de consolider la mise en réseau des différents dispensateurs de soins et de services. Le projet devait concourir à la consolidation ou à l'émergence d'une approche intégrée de soins et de services de première ligne. Compte tenu de l'importance de la problématique et afin de diminuer l'engorgement des salles d'urgence, l'organisme de gouverne régional choisissait de concentrer ses efforts à l'amélioration de l'offre de services destinés aux personnes atteintes d'une MPOC (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c).

Le réseau MPOC dessert une région socio-sanitaire urbaine qui compte, en 2001, 1 812 210 habitants (Statistiques Canada, 2001). Des 24 106 personnes de la région socio-sanitaire souffrant de MPOC, une majorité sont des personnes âgées (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001). Les données d'hospitalisation indiquent qu'en 2000-2001, 2446 personnes âgées de 55 ans et plus ont été hospitalisées à cause d'une MPOC. En décembre 2002, 3 102 personnes atteintes de MPOC avaient un dossier actif en soutien à domicile. (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c).

Ceci laisse présager qu'avec le vieillissement de la population, une augmentation du nombre de patients aux prises avec des MPOC est à prévoir.

Les informations indiquent que ces patients ont un taux de létalité élevé (Direction de la santé publique, 2000), qu'ils visitent fréquemment les urgences et sont souvent hospitalisés générant ainsi, des coûts financiers et sociaux importants (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c). Cette clientèle, plus ou moins autonome, manifeste divers problèmes de santé susceptibles d'affecter leur autonomie fonctionnelle. De fait, les décompensations (*sic*)⁷ chez les patients souffrant de MPOC ont un impact sur leurs proches, tant au niveau de leur santé qu'au niveau psychosocial.

Ce réseau correspond à une typologie *d'intégration de coordination* comportant un niveau de complexité moyen (Leutz, 1999) puisque la clientèle se caractérise par sa stabilité relative, l'intensité de besoins est variable, la réadaptation et les services curatifs sont les types de pratiques privilégiés et les suivis sont à moyen et long termes.

La région socio-sanitaire d'où proviennent les établissements sélectionnés pour l'étude de ce cas comprend vingt-neuf centres locaux de services communautaires (CLSC) et seize centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CH). Un CH assume la responsabilité administrative d'un service régional de soins à domicile pour les personnes souffrant de maladies pulmonaires (SRSAD) dont les MPOC. Tous ces établissements sont encadrés par un organisme de gouverne régional qui a pris un certain leadership dans la mise en place de ce réseau.

Les frontières du cas

Considérant que l'organisme de gouverne régional s'attend à ce que les établissements concernés s'acquittent de leurs rôles et considérant, le nombre important d'établissements impliqués dans de réseau MPOC de la région à l'étude, quatre établissements ont été ciblés pour former le cas. Il s'agit de deux CLSC et de deux CH. Les établissements ont été sélectionnés à partir des critères de sélection énoncés au chapitre de la méthodologie. Le choix de ces établissements a aussi été fait en se reposant sur certaines caractéristiques à considérer pour répondre aux propositions de recherche.

⁷ Cette expression, fréquemment utilisée par les intervenants du réseau MPOC, réfère à la rupture de l'équilibre dans la condition de santé du patient

Ces caractéristiques sont :

- Un des deux CH sélectionné abrite le service régional de soins à domicile (SRSAD) pour les personnes souffrant de maladies respiratoires
 - Le SRSAD est reconnu pour son expertise et pour la qualité de son travail auprès des établissements de la région socio-sanitaire.
 - Le SRSAD est un service unique dans la région socio-sanitaire et dessert les patients MPOC dans tous les territoires de CLSC de la région.
- Un des deux CLSC sélectionné est celui qui a reçu le plus important budget de développement MPOC car il dessert le plus grand nombre de patients MPOC de la région socio sanitaire
- Ce CLSC est reconnu pour ses initiatives novatrices en regard de la clientèle MPOC.
- Les deux CLSC sélectionnés présentent des caractéristiques similaires quant à leurs clientèles tant sur les plans socio-sanitaire que socio-économique.
 - Ces CLSC ont un historique de collaboration.
- L'autre CH sélectionné dessert la majorité des patients MPOC des CLSC choisis.
- Ce CH a été un précurseur dans le développement des services ambulatoires pour les personnes aux prises avec des maladies pulmonaires.
- L'infirmière désignée d'un des CLSC, l'infirmière pivot du CH, l'infirmière clinicienne spécialisée du SRSAD et une gestionnaire en CLSC sont reconnues pour leur investissement depuis le début des travaux régionaux relatifs au réseau MPOC.

Le réseau MPOC implique différents professionnels des CLSC et des CH de même que les médecins qui interviennent auprès de ces personnes et dont le mandat est décrit à l'annexe 5. La mise en place de ce réseau implique des ajustements pour les professionnels des CLSC et des CH puisqu'on leur demande de modifier l'offre de services et d'agir en continuité et en complémentarité. Les médecins, particulièrement les pneumologues, sont touchés dans la mesure où ils sont appelés à établir des liens de collaboration non seulement avec les professionnels des CH mais aussi, avec ceux des CLSC.

Pour l'étude de ce cas, les pratiques de l'infirmière pivot (CH), des infirmières désignées (CLSC) et de l'infirmière clinicienne spécialisée (SRSAD) seront analysées. La découverte des pratiques stratégiques des infirmières permettra l'identification des ressources personnelles et des facteurs organisationnels requis dans le processus d'apprentissage organisationnel offrant ainsi la possibilité de mieux comprendre le processus d'apprentissage organisationnel proprement dit.

Les données recueillies proviennent de l'analyse documentaire, de 21 entrevues individuelles, d'une entrevue de groupe et de quatre séances d'observations effectuées dans les établissements sélectionnés.

L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau MPOC

Afin de mieux saisir la nature de ce réseau, la structure du réseau MPOC sera d'abord présentée en conformité avec les contenus des différents documents d'orientations diffusés par le ministère de la santé et des services sociaux et par l'instance de gouverne régionale. Dans un deuxième temps, des perceptions et des situations vécues par les répondants à l'étude sont mises en évidence afin de faire voir les enjeux qui viennent teinter son fonctionnement.

Le réseau MPOC est relativement jeune. Bien que plusieurs travaux préparatoires se soient déroulés sur plusieurs années (Bourbeau, Lanthier, Leclerc, & Ricard, 2000; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c), ce n'est véritablement qu'en 2002 que les autorités régionales et les établissements ont officialisé ce réseau intégré (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c).

Trois stratégies ont été privilégiées par l'instance de gouverne régionale pour assurer la mise en réseau :

- La standardisation des outils d'évaluation, de suivi systématique et de communication;
- La clarification des rôles et des responsabilités des différents partenaires;
- La mobilisation des établissements autour d'un projet commun.

Ces stratégies issues de différents documents d'orientations (Bourbeau et al., 2000; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002c) se sont traduites dans la production d'outils cliniques de référence (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002a), dans l'élaboration de guides de pratique (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004), dans la mise en place de programmes d'enseignement standard (Gauthier M., 2002a, 2002b) et dans des documents précisant les rôles des établissements et de certains professionnels dans le réseau MPOC (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b). À cet effet, un des éléments à considérer est que le réseau MPOC a vu le jour grâce à l'implication de professionnels expérimentés.

La structure du réseau a été proposée par l'instance de gouverne régionale qui a précisé, dans ses documents d'orientation, les mandats et les rôles attendus par les

différents partenaires institutionnels impliqués dans ce réseau (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b, 2002c)

Tel que mentionné, le réseau MPOC implique des CLSC et des CH ainsi que différents professionnels tels que des infirmières, médecins, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, et pharmaciens (occasionnellement) qui ont la responsabilité d'assurer les soins et services à cette clientèle. Ces établissements et professionnels ont pour mandat de travailler en complémentarité et de façon coordonnée pour que les personnes aux prises avec une MPOC reçoivent, selon leur condition clinique, les services les plus appropriés, dans un délai minimal. Aussi, ces établissements ont la responsabilité de s'assurer de la continuité des soins afin d'éviter un bris de services (annexe 5).

Tel qu'illustré par une gestionnaire, la mise en réseau nécessite plusieurs modalités clinico-organisationnelles qui ont dû et doivent encore être ajustées.

« ... le projet de réseau intégré (...) c'est que les CLSC s'occupent de la clientèle MPOC avant qu'elle soit très malade. Donc ils ont un mandat de faire l'enseignement, d'éviter finalement qu'ils se rendent à un stade très avancé de la MPOC. Ça c'est le premier mandat des CLSC. Après ça, quand le patient décompense beaucoup et qu'il n'est pas bien, c'est nous autres. Nous autres, on les prend en phase aiguë, instable et on les stabilise. Quand ils sont stabilisés, on les retourne au CLSC et ils vont continuer à assurer le suivi et s'occuper que la stabilité se maintienne. S'ils sont au CLSC et ils se déstabilisent encore, le CLSC peut nous les retourner. C'est un peu ça la chaîne. (...) C'est un peu ça le projet. »
(Infirmière gestionnaire)

Les défis des professionnels des CLSC et des CH sont d'assurer une utilisation adéquate des outils d'évaluation et des plans d'enseignements entérinés par l'instance de gouverne régionale. Ils ont aussi à clarifier leur offre de services, à préciser et à faire connaître les critères d'admission pour la clientèle MPOC. À cet égard, les documents d'orientation précisent qu'il revient aux CLSC de s'occuper de la clientèle relativement stable, au SRSAD de suivre à domicile la clientèle instable, et aux CH d'admettre les clients éprouvant une complication, pulmonaire ou autre, qui ne peuvent demeurer à domicile. Mais dans la réalité quotidienne des professionnels, il existe encore de nombreuses zones grises.

« Et aussi on discute s'ils ont des problématiques, des personnes qui sont souvent réhospitalisées. On met à jour et on met à date ce qui a été décidé et on enlève un peu les zones grises qui existent. Parce qu'avec la Régie il y a quand même eu un document qui a

été fait. Mais on l'interprète un peu comme on veut et on ne va pas toujours le regarder et le lire non plus. Et dans le pratico-pratique, des fois, ça, ça ne répond pas au pratico-pratique alors on se le dit en réunion. (...) » (Infirmière)

Afin d'améliorer la fluidité clinique, les établissements du réseau ont convenu d'outils et de procédures de communication uniformes ce qui permet une référence rapide et efficace entre les différents points de service. Étant donné que le réseau est encore en construction, les responsables et les professionnels rencontrés reconnaissent qu'il reste des aspects à améliorer notamment en ce qui a trait à l'information transmise aux clients pour naviguer dans le réseau.

« Le patient on le suit. Ensuite il est suivi au CH. Le CH va téléphoner aussi au patient. Ensuite le patient... sauf que des fois le patient est hospitalisé et il ne sait pas où appeler, il va appeler à l'hôpital pour parler à l'infirmière qui l'a soigné. Il a raison, c'est elle qu'il connaît. L'infirmière lui dit, non, on vous réfère aux soins à domicile. Il ne le sait pas, il ne l'a pas vu encore. Tu te mets à la place du patient. Moi honnêtement je ne me retrouverais pas. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Les professionnels du réseau conviennent qu'au delà de documents d'orientations diffusés, il reste encore du travail à faire pour préciser les rôles des établissements partenaires dans des situations cliniques particulières par exemple, pour un patient MPOC en phase terminale ou éprouvant d'autres problèmes de santé.

« La problématique qu'on a présentement c'est avec les cas de fin de vie. Les cas de fin de vie, supposons un patient MPOC qu'on suit depuis un an et on apprend qu'il a un cancer du poumon, il y a certain CLSC qui ont une équipe de soins palliatifs. Donc nous autres notre philosophie c'est qu'un patient que nous avons, c'est notre patient et qui est en phase terminale, nous le gardons. On lui trouve un médecin, on donne du soutien aux intervenants. Mais il y a des intervenants... c'est que présentement il va falloir qu'on fasse des ententes parce qu'il n'y a pas... il y a des CLSC qui fonctionnent et on ne sait pas comment ils fonctionnent. (...) Donc là c'est tout ça qu'il faut qu'on règle. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

La section suivante permet de se centrer sur une illustration impliquant des infirmières qui occupent des fonctions dédiées au sein du réseau MPOC. L'objectif est, dans un premier temps, d'identifier les pratiques stratégiques utilisées par les infirmières qui ont des fonctions particulières dans ce réseau puis, de découvrir dans quelle mesure et de quelle manière ces pratiques contribuent à l'apprentissage organisationnel en faveur d'une plus grande intégration clinique. Dans un deuxième temps, une description des ressources individuelles susceptibles de soutenir le recours aux pratiques stratégiques et des facteurs organisationnels influant sur ces pratiques et sur leur impact en matière

d'apprentissage organisationnel sont présentés. Une synthèse analytique vient conclure cette illustration. Cette synthèse a pour objectifs de mettre en évidence les particularités de l'illustration et de les expliciter en se reposant sur le cadre conceptuel proposé.

Illustration 2 – L'actualisation de fonctions d'infirmières « dédiées » dans le réseau MPOC

Parmi les stratégies prévues par l'instance de gouverne régionale dans la réalisation du réseau MPOC, la clarification des rôles est identifiée comme un aspect central. Concrètement, cette stratégie se traduit par la création de deux types de fonctions « dédiées » confiées à des infirmières. Il s'agit des fonctions d'infirmière « pivot » et d'infirmière « désignée ». La première étant située en CH et la seconde, en CLSC. C'est principalement sur ces fonctions que repose la mise en application des autres stratégies organisationnelles.

Dans la section suivante, les pratiques de ces infirmières seront décrites afin d'identifier les pratiques stratégiques qui contribuent à l'apprentissage organisationnel en faveur d'une plus grande intégration clinique. Cette description sera suivie d'une présentation des ressources individuelles susceptibles de soutenir le recours aux pratiques stratégiques et des facteurs organisationnels influant sur ces pratiques et sur l'apprentissage organisationnel. Une synthèse analytique viendra conclure cette illustration. Cette synthèse a pour objectifs de mettre en évidence les particularités de l'illustration et de les expliciter en se reposant sur le cadre conceptuel proposé.

Les pratiques infirmières favorisant l'apprentissage organisationnel

Les entrevues individuelles et de groupe ainsi que les séances d'observation effectuées ont permis d'identifier un certain nombre de pratiques exercées par les infirmières, qui ont pour objectif d'améliorer l'intégration des soins et services en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité. Ces pratiques dites « stratégiques » sont des *activités* ou *actions* qui visent des résultats systémiques relatifs à l'intégration clinique, à l'intérieur et entre des établissements du réseau MPOC.

Les différentes pratiques stratégiques ont été identifiées principalement chez l'infirmière pivot du CH et les infirmières désignées MPOC des CLSC ainsi que chez

l'infirmière clinicienne spécialisée en soins pulmonaires au SRSAD. Ces pratiques sont catégorisées dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel tel que défini par Crossan et collègues (1999) puis, une analyse et une explication est avancée afin de mieux comprendre en quoi et comment ces pratiques peuvent supporter l'apprentissage organisationnel à la faveur d'une meilleure intégration en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité des soins et des services pour les personnes âgées.

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intuition

Ces pratiques dites intuitives peuvent être qualifiées d'exploratoires par rapport aux pratiques en réseau dans la mesure où les professionnels qui y ont recours effectuent des essais ou des tentatives pour favoriser une meilleure accessibilité, continuité, coordination et qualité des services. Les infirmières y ont recours dans ce cas, pour répondre à certains aspects de leur rôle qui n'ont pas été prévus. Ces activités visent donc à préciser leur pratique ou à identifier ou expérimenter de nouvelles façons de faire.

Dans le réseau MPOC, les infirmières pivot ou désignées qui, dans certaines circonstances, n'ont pas bénéficié de directives précises au niveau de leur pratique clinique doivent expérimenter de nouvelles façons de faire. Par exemple, l'infirmière pivot qui juge que l'urgence est un lieu d'intervention privilégié pour identifier les clients MPOC qui présentent des complications, décide d'investir ce lieu. Elle fait des interventions d'« *expérimentation* » relatives à des systèmes d'information. Elle utilise donc une base de données existante pour l'ajuster aux besoins du réseau MPOC.

« (L'infirmière pivot parle de son rôle à l'urgence) C'était vide, il y avait une ébauche (de rôle). (...) J'avais comme une base de collecte de données. Ils m'ont dit comment me procurer la liste de l'urgence. Alors j'avais accès à la liste des consultations en pneumologie à l'urgence et c'est tout. À partir de là, moi j'ai modifié je ne sais pas combien de fois la collecte de données pour la mettre pour avoir les données que j'ai besoin, j'ai tout bâti ça. Et j'étais vraiment laissée à moi-même. (...) J'ai décidé moi de trouver une autre façon. Si je n'avais pas fait ça je serais mal pris. Mon expérience m'a servi, je fais ce que je pense et ça c'est l'expérience qui a fait ça et qui m'a permis de faire des choix judicieux. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

L'influence des pratiques stratégiques intuitives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Comme dans le cas des gestionnaires de cas dans le réseau pour les personnes âgées, peu de pratiques reliées à la phase de l'intuition ont pu être observées; ce qui s'expliquerait par le caractère implicite de ces pratiques (Nonaka, 1994) qui en rend l'identification plus difficiles. La pratique intuitive identifiée dans ce cas relève d'une pulsion individuelle où l'infirmière cherche à combler un vide dans une partie de son mandat comme infirmière pivot. Son action qui a pour but de générer un système d'information pour le réseau MPOC à l'urgence de son CH origine du fait que cette infirmière a repéré une situation qui méritait d'être améliorée pour favoriser un meilleur fonctionnement du réseau ce qui représente en soi, un premier élément d'apprentissage organisationnel.

L'action *expérimentale* qui s'en suit est bâtie par l'infirmière à partir d'un matériel déjà existant ce qui dénote une volonté d'intégration des outils et des processus et illustre que cette professionnelle a intériorisé des principes reliés à l'intégration clinique et qu'elle les applique de façon quasi automatique.

Au plan de l'apprentissage organisationnel, cette observation permet de mieux comprendre les liens possibles entre la phase d'institutionnalisation et celle d'intuition où, lorsqu'un intervenant, baigné dans une philosophie et des valeurs, fini par se les approprier à un point tel que ces valeurs transcendent même ses actions automatiques.

Dans le cas présent, l'expérimentation chez l'infirmière pivot vient consolider sa compréhension de la place de l'urgence dans le réseau. Du fait que son « expérimentation » l'a amené à établir des liens de collaboration avec des collègues de l'urgence notamment, avec les pneumologues, l'infirmière apprend à identifier les actions à structurer pour potentialiser son action avec les autres professionnels du réseau. Cette pratique favorise le lien vers la phase d'interprétation, car la prochaine étape sera, si ses résultats sont probants, de partager le produit de son projet d'expérimentation. Le tableau 18 présente la pratique identifiée ainsi que les apprentissages générés.

Tableau 18 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Expérimentation	Identifie les failles du réseau et les actions à structurer pour potentialiser éventuellement son action par rapport aux autres professionnels du réseau Applique de façon « automatique » les principes de l'intégration Améliore sa compréhension des services impliqués dans le réseau Repère les collaborateurs éventuels	Individuel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'interprétation

Les pratiques reliées à l'interprétation impliquent un rapport entre deux acteurs ou plus. Elles sont associées à la diffusion, à la promotion ainsi qu'à l'appropriation de l'information et des idées. Dans cette phase, les idées qui ont émergé et qui ont été explorées individuellement sont partagées avec d'autres acteurs du réseau dans le but de permettre une compréhension commune.

Les différentes pratiques stratégiques identifiées dans ce cas en lien avec la phase d'interprétation sont celles de *promoteur du réseau*, de *consultante*, de *courtier de connaissances*, de *relais d'information et de négociateur*.

Une première pratique stratégique observée est celle de *promoteur du réseau*. Cette pratique se matérialise par l'implication de l'infirmière désignée dans de nouveaux lieux d'intervention; les résidences privées pour les personnes âgées dont plusieurs résidents sont aux prises avec une MPOC. Dans ce contexte, l'infirmière prend contact avec les responsables de ces résidences et avec les intervenants qui y travaillent. Ces derniers, qui ne font pas partie du réseau MPOC, méconnaissent le fonctionnement du réseau et ignorent le potentiel de leur éventuelle contribution dans ce réseau. Pour atteindre ses objectifs, l'infirmière « désignée » assure une présence régulière dans la résidence pour personnes âgées. Elle apporte de l'information sur le réseau au personnel de la résidence et au médecin qui effectue les visites aux résidents.

« On a beaucoup de tours d'habitation (résidences pour personnes âgées). On est responsable des tours. Au début ce n'était pas comme ça quand je suis entrée. (...) Donc ce serait beaucoup mieux s'il n'y en avait qu'une seule infirmière qui fasse cette résidence-là. Donc le lien va se faire beaucoup mieux. La communication avec le personnel là-bas, avec le médecin, s'ils voient une seule infirmière, c'est beaucoup mieux. » (Infirmière)

Les infirmières pivot tout comme les infirmières désignées font la promotion de leur projet « réseau » en impliquant d'autres intervenants de leur organisation, ce qui potentialise les activités de diffusion ou de rayonnement du réseau. A titre d'exemple, une infirmière désignée a participé à des colloques dans l'intention de faire connaître les services offerts par l'établissement et par le réseau. Elle a inscrit le CLSC dans un concours pour un prix d'excellence afin de faire valoir la qualité du travail du réseau. Le fait que l'établissement soit reconnu rejaillit sur tout le réseau et encourage de nouveaux efforts collectifs.

« J'ai d'ailleurs représenté, pas représenté, mais soumis le CLSC pour l'obtention d'une bourse pour la qualité de son enseignement et effectivement le CLSC a obtenu un prix pour l'excellence de son enseignement et l'organisation. C'est bon pour le CLSC et aussi, pour notre travail avec l'Hopital X avec qui on travaille. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Une seconde pratique consiste à agir comme *consultante*. Les infirmières pivot et désignées recourent à cette pratique stratégique à l'intérieur même du réseau pour permettre la diffusion et l'appropriation des informations. À cet effet, l'infirmière pivot soutient les infirmières désignées des CLSC en renforçant l'enseignement déjà reçu par les infirmières des CLSC. Pour ce faire, elle accompagne l'infirmière désignée qui a la responsabilité de diffuser la formation aux infirmières de leur CLSC respectif. Lorsque l'infirmière désignée n'est pas en mesure de donner une formation, c'est l'infirmière pivot qui prend le relais.

« Je fais la formation aux infirmières à la demande de l'infirmière désignée quand elle se dit incapable de donner cette formation (...) pour que tout le monde on parle le même langage et qu'on enseigne la même chose à nos patients autant en CH qu'en CLSC. » (Infirmière)

De son côté, l'infirmière désignée agit comme *consultante* auprès des professionnels du CLSC et des autres établissements de santé en leur apportant notamment des informations sur le cheminement du client dans le réseau.

« Je suis la personne ressource avec les partenaires parce que des fois on a d'autres professionnels qui ne savent pas comment diriger les clients ou faire quoi que se soit avec les clients. Donc, ils viennent me le demander et quand il y a des problématiques, certaines problématiques avec une clientèle, je peux leur proposer des choses. Donc je suis vraiment la personne ressource au niveau du CLSC. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Par ailleurs, ces infirmières agissent comme *consultantes* auprès des autres professionnels où elles mettent de l'avant leur expertise et leurs compétences relativement à la problématique MPOC. Dans certaines situations, particulièrement auprès des infirmières

novices, elles exercent cette pratique de façon informelle, ce qui leur donne plus de marge de manœuvre et d'influence puisque leur intervention n'est pas perçue comme menaçante par les autres infirmières. Dès lors, ces infirmières sont plutôt reconnues pour leur expertise sans pour autant occuper un rôle formel comme le ferait l'infirmière clinicienne spécialisée

« Des fois il y en a qui viennent me parler. J'essaie de les guider, de les pousser finalement à aller plus loin et de voir qu'elles sont capables de faire telle chose. Donc on regarde, je leur montre qu'elles peuvent travailler comme ça ou comme ça. Je regarde ce qui peut l'aider. Je ne veux pas dire que je suis meilleure qu'une autre non plus. Mais je veux que ces infirmières-là parce qu'il y en a des jeunes qui n'ont pas beaucoup d'expérience et je voudrais donc que ces infirmières-là sachent jusqu'où elles peuvent aller. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Dans d'autres cas, l'infirmière joue formellement un rôle de consultante. Ainsi, au-delà des outils et des formations qui ont été mis à la disposition des infirmières du réseau, ces dernières, de même que les autres professionnels ont recours aux infirmières pivot et désignées pour obtenir des conseils, des recommandations ou un complément de formation.

« Il y a des intervenants qui me téléphonent pour avoir des recommandations ou des conseils ou pour leur donner de la formation. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Cette position amène l'infirmière à recourir à des actions de *courtier de connaissances* où la recherche d'écrits pertinents, la vulgarisation de contenu et le partage de connaissances assure la mise à jour des connaissances.

« ...on a eu la formation et là c'est devenu intéressant avec tous les outils qu'on avait. Je ne sais pas si vous l'avez rencontrée, mais notre infirmière MPOC est toujours disponible et elle en mange, elle adore ça. Elle nous met au courant de toutes les nouvelles informations. Donc on est à jour. » (Infirmière)

Dans le réseau MPOC, le dialogue entre les infirmières (pivot, désignées, infirmière clinicienne spécialisée) et les autres professionnels notamment les médecins, est un élément central maintes fois notés par les répondants. Le dialogue entre infirmières permet à ces dernières de se maintenir à jour, peu importe le lieu où elles évoluent dans le réseau.

Dans le développement du réseau intégré MPOC, les autres professionnels pour leur part, découvrent les nouvelles activités des infirmières par le dialogue avec ces dernières à partir des situations cliniques. Par exemple, un pneumologue témoignera de l'importance du dialogue avec l'infirmière pivot pour favoriser l'ajustement de leur rôle respectif.

« Je n'ai pas participé à l'élaboration par exemple de la formation des infirmières parce que moi je suis arrivé et ça commençait, c'était déjà là, les choix étaient faits. (...) Alors

spontanément je suis allé les voir et je leur ai exposé mes besoins par rapport à un patient et ensuite par rapport à un autre. Et il y a eu de la rétroaction et c'est comme ça que ça c'est fait, un patient après l'autre en se parlant. On a appris à connaître nos rôles respectifs comme ça. Ça n'a pas été plus formel que ça. Mais ça marche bien parce qu'il y a une bonne communication et au fil de quelques semaines j'avais très bien compris qui était l'infirmière pivot, qu'est-ce qu'elle faisait, qu'est-ce qu'elle ne faisait pas et je me suis ajusté à ça comme tel... » (Médecin)

Une des stratégies exercée par l'infirmière pivot ou désignée pour stimuler et entretenir ce dialogue entre les acteurs du réseau réside dans un rôle de *relais d'information* du système (réseau) aux sous-systèmes (établissements partenaires) et entre les sous-systèmes. Ces infirmières voient leur rôle comme celui de « *courroie de transmission d'information de la région vers le CLSC ou le CH* » (Infirmière). Elles actualisent ce rôle notamment en répondant aux questions des infirmières et des autres professionnels pour favoriser la diffusion de l'information. Elles font circuler l'information de façon descendante et ascendante sur les orientations prises par l'organisme de gouverne et sur ce qui se passe dans le réseau. Elles font remonter l'information et les commentaires des infirmières des CLSC aux décideurs par les tables de concertation.

« ...entre les orientations qui sont prises au niveau de la Régie et ce qui se passe dans les CLSC. Je fais remonter l'information et commentaires des infirmières des CLSC aux décideurs. » (Infirmière)

« ...et faire partie de tous les comités et les rencontres avec les cliniciennes de l'hôpital parce qu'on couvre la ville X, mais on relève de l'hôpital Y. Donc le moins qu'il y a des réunions à l'hôpital, on essaie d'y aller pour être informé et pour apporter de l'information. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Un autre type d'action vient raffermir la compréhension des acteurs dans des contextes particuliers. Il s'agit de la *négociation* à différents niveaux du réseau pour clarifier la compréhension des acteurs sur la raison d'être de certains choix, orientations ou décisions prises dans le réseau. Dans cette démarche, les infirmières pivot et désignées expliquent ou réexpliquent les aspects divergents dans tous les lieux de concertation où elles participent. Elles misent sur leur crédibilité et sur la confiance et la reconnaissance de leurs collègues pour les influencer. Au moment de notre collecte de données, le réseau a un peu plus de deux ans d'existence et ce rôle de négociation est prépondérant dans le soutien des efforts déployés jusqu'à maintenant. Les infirmières pivot et désignées ainsi que l'infirmière clinicienne spécialisée possèdent des informations clinico-administratives

qu'elles utilisent pour soutenir les prises de décision en faveur de la consolidation des services dans le réseau MPOC.

« ... je n'ai pas de pouvoir décisionnel, absolument aucun. La chose que j'aurais à faire c'est de m'asseoir avec l'intervenant X (...) si ça ne marche pas là, d'aller voir le supérieur immédiat et comme intermédiaire, si ça ne marche pas... voir la directrice parce que mon implication se fait à quatre niveaux. J'ai la table des intervenantes pivots à un niveau régional, j'ai la table des directrices des soins infirmiers ou l'équivalent dépendant de chacun des établissements ou je siége en compagnie de ma chef de service. (...) J'ai la table de cadre intermédiaire donc les patrons de mes infirmières désignés, les patrons directs. (...) Et j'ai une table avec les infirmières désignées. Donc j'ai quatre niveaux. ... C'est plus un pouvoir d'influence. Ma crédibilité en MPOC c'est sur ça je pense qu'est mon pouvoir. Alors si ça ne fonctionne pas, là j'ai ma chef de service qui elle a plus de pouvoir que moi étant donné qu'elle est gestionnaire. Elle pourrait intervenir à ce moment-là au niveau des directrices de programme de CLSC. » (Infirmière)

Aussi, les infirmières désignées utilisent ces informations clinico-administratives pour influencer les gestionnaires dans l'utilisation des ressources financières disponibles au développement de postes dédiés aux MPOC.

« On était en train de le développer et comme j'étais tout le temps en surplus, j'en ai parlé avec mon chef de programme, avec la direction des services à domicile et finalement avec les petits développements que les services à domicile ont eu, on a décidé d'ouvrir un deuxième poste et de regrouper tous les patients MPOC. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Un des ajustements les plus importants à effectuer selon plusieurs répondants est relié aux communications entre les établissements du réseau. C'est une autre situation où l'infirmière est appelée à prendre le rôle de *négociatrice*.

« Il y a comme une tension entre ces deux milieux. Ça fait depuis novembre qu'on travaille avec les infirmières. Il faut qu'on se parle. C'est la communication. Donc j'ai impliqué toutes les infirmières désignées des CLSC accompagnées si elles le désiraient d'autres infirmières qui étaient intéressées. (...) On s'est parlé et c'est toujours le problème, c'est la communication. C'est moi qui ai animé cette rencontre-là et j'ai mis sur la table le problème. Donc je leur ai dit, je vous ai réuni parce qu'il y a un problème. (...) Alors finalement, ça a sorti et c'était correct. C'était correct, on avait fait une rencontre, tout le monde était d'accord, on était à l'aise avec ça. Alors j'ai ramené ça à la table des directrices... » (Infirmière)

L'infirmière clinicienne spécialisée qui se dit mieux positionnée pour agir comme négociatrice car elle est un peu à l'extérieur de l'intervention directe, a un regard plus neutre et aurait une meilleure perspective que les autres infirmières dédiées. Toutefois, autant l'infirmière pivot, les infirmières désignées que l'infirmière clinicienne spécialisée se disent capables de mettre en lumière les points forts et ceux à améliorer lorsqu'elles siègent

aux diverses tables de concertation. Ainsi, elles initient ou participent à des discussions et des échanges entre partenaires du réseau. Dans le cadre de ces discussions, les infirmières cherchent à mieux connaître les intentions et les attentes des partenaires pour réduire les préjugés. Les rencontres entre les acteurs des différents établissements sont alors privilégiées pour permettre un dialogue.

« Donc je suis un petit peu médiatrice. Médiatrice souvent parce que j'ai un regard en dehors, j'ai un regard au dessus aussi, je vois ce qui se fait ailleurs, dans les autres sous-régions, on se raconte nos bons coups quand on a notre table d'intervenants pivots, j'ai fait telle et telle chose. Et là quand ils nous disent il y a telle chose qui ne marche pas, ça n'a pas d'allure, je leur dis regardez, tel CLSC ils ont fait ça comme ça. Et ça les fait réfléchir, ça les fait cheminer. (...) Je vois ce qui se passe de haut, je m'arrange pour que le monde communique entre eux. Actuellement c'est le plus fort de mon rôle. Parce que le réseau est implanté, on a nos outils, ça va bien, la formation aussi va bien. C'est vraiment de régler les problèmes et le plus criant c'est vraiment la communication entre certains établissements. » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques interprétatives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les pratiques stratégiques interprétatives soit, les pratiques de promoteur du réseau, consultante, courtier de connaissances, relais d'information et de négociatrice ont pour fonction de développer ou consolider un langage commun, de partager des idées bref, d'améliorer la connaissance du travail en réseau afin de positionner favorablement les différents acteurs, dans les actions en cours et celles en développement. Les actions des infirmières dans cette phase contribuent donc à disséminer l'information stratégique qui est le fondement d'actions intégrées. Chacune des pratiques identifiées a une influence sur l'apprentissage organisationnel.

En ce qui a trait à la pratique de promoteur du réseau dans les résidences pour personnes âgées, les actions posées par l'infirmière désignée permettent au personnel de ces résidences et aux médecins qui les visitent de connaître le réseau et de mieux l'utiliser. En contre partie, cette ouverture aux partenaires extérieurs au réseau donne à l'infirmière, accès à des informations sur les besoins de la clientèle qu'elle n'aurait sans doute pu obtenir sans ces nouveaux liens de communication. Enfin, dans l'esprit du fonctionnement en réseau où, force est de constater que les médecins omnipraticiens ne sont pas toujours faciles à rejoindre et à impliquer, ce lien devient un moyen de développer des

collaborations plus étroites favorisant ainsi, une meilleure continuité et coordination des services.

Dans le rôle de consultante où l'infirmière pivot agit comme formatrice substitut pour les infirmières désignées, les apprentissages se font d'avantage par mimétisme. Ainsi, en agissant comme « modèle de rôle », l'infirmière pivot complète la formation des infirmières désignées MPOC qui sont elles-mêmes des formatrices pour leur établissement en leur transmettant des connaissances pratiques. Cette pratique contribue à l'amélioration des connaissances et des habilités de l'infirmière désignée tout en resserrant les rapports entre les infirmières pivot et désignées, ce qui est susceptible d'avoir des effets positifs sur le sentiment de confiance. De plus, cette pratique contribue au développement d'un langage commun entre professionnels et éventuellement, à la coordination des actions entre les professionnels dans et entre les organisations du réseau. Enfin, cette pratique démontre à l'ensemble des professionnels du réseau, les liens de collaboration entre le CH et le CLSC par ces deux fonctions dédiées.

L'infirmière joue aussi un rôle de consultante auprès de ses collègues. Elle recourt à cette pratique soit de façon informelle ou de façon formelle. Cette pratique de consultante contribue au développement des connaissances sur le fonctionnement du réseau et des compétences « réseau » de ses collègues et plus particulièrement, des novices et contribue d'autre part, à améliorer les connaissances de tous relativement au rôle qu'elle joue soit comme infirmière pivot ou infirmière désignée.

Dans sa pratique de courtier de connaissances, l'infirmière favorise plusieurs formes d'apprentissage organisationnel. Cette pratique permet à l'infirmière d'acquérir, de vulgariser et de transmettre des connaissances actuelles et reconnues scientifiquement aux autres professionnels. L'utilisation des données probantes dans la pratique et dans la prise de décision est un aspect important dans l'intégration des soins de santé. Dans ce contexte, la diffusion des informations factuelles par l'infirmière clinicienne spécialisée, par l'infirmière pivot ou par l'infirmière désignée, appuie et renforce les principes de l'intégration clinique auprès des professionnels évoluant dans le réseau et du coup, donne plus de crédibilité à l'infirmière. Selon le mode de transfert de connaissances utilisé par l'infirmière, cette pratique est susceptible de stimuler le dialogue interprofessionnel et éventuellement, les actions communes. Cette pratique favorise ainsi, l'appropriation

collective des concepts liés à l'intégration et le développement de schèmes cognitifs communs ce qui favorise le développement d'un langage commun.

Si la pratique de courtier de connaissances facilite le formatage de l'information factuelle, la pratique de relais d'information facilite la circulation de cette dernière à plusieurs niveaux ; entre les professionnels d'un établissement et de plusieurs établissements ; entre les professionnels et les gestionnaires et éventuellement, entre le niveau clinique et celui de la gouverne afin d'une part, de permettre l'appropriation de l'information et d'autre part, son ajustement à la réalité de la pratique. Dans le cas du réseau MPOC, la participation des infirmières (clinicienne spécialisée, pivot, désignées) aux différents comités MPOC est le moyen privilégié pour actualiser ce rôle de relais. D'ailleurs, la participation de l'infirmière clinicienne spécialisée au comité des infirmières cliniciennes de son CH lui permet de relayer l'information du réseau MPOC vers les autres départements qui ne sont pas impliqués dans ce réseau et de faire connaître le réseau MPOC à d'autres acteurs. Elle contribue ainsi au développement des connaissances du réseau en dehors des frontières strictes du réseau MPOC.

La dernière pratique stratégique identifiée dans la phase d'interprétation est celle de négociatrice. Cette pratique est particulièrement intéressante dans la mesure où elle soutient les acteurs du réseau dans la résolution de problèmes ou d'erreur de système. Dans les situations où des problèmes de communication sont identifiés, leur résolution est une des conditions centrales pour assurer l'intégration clinique. La démarche de l'infirmière en est une d'ajustement et de recherche non pas du consensus mais plutôt, d'une certaine zone de confort pour tous les partenaires du réseau. Cette pratique permet le développement d'une conviction partagée et collective qu'il est possible de travailler ensemble en visant certains objectifs précis ce qui contribue au rapprochement nécessaire en vue du développement et de l'appropriation d'une vision commune de l'intégration. Les infirmières qui recourent à des actions de négociations cherchent à identifier et à transmettre aux bonnes personnes, les informations stratégiques qui pourraient avoir une influence sur la prise de décision en faveur du réseau MPOC. C'est donc principalement au niveau de la compréhension du travail en réseau que se situent les démarches de négociations des infirmières. Afin de réaliser cette pratique de négociation, l'infirmière doit s'appuyer sur d'autres pratiques stratégiques telles que celles de courtier de connaissance et de relais d'information. Mais

elle doit aussi procéder à des analyses particulières comme par exemple, celle d'estimer les ressources supplémentaires requises pour actualiser pleinement le mandat du réseau MPOC. L'amélioration de la compréhension du travail de réseau et de ses enjeux par les décideurs est directement reliée à la capacité qu'a l'infirmière de transmettre voire, de convaincre les acteurs influents.

Sur le plan de l'apprentissage organisationnel, la plupart des pratiques stratégiques ont une influence sur les préjugés et les incompréhensions des acteurs. Elles permettent d'améliorer le sentiment de confiance mutuelle et le désir d'établir les alliances nécessaires pour s'engager dans des projets communs. Bref, il s'agit d'une démarche préliminaire à la phase d'intégration. L'ensemble des pratiques et apprentissages relevé dans cette section est présenté au tableau 19.

Tableau 19 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Promoteur du réseau	Améliore la connaissance du réseau, de son fonctionnement et des acteurs clé du réseau. Améliore l'information sur les besoins de la clientèle Stimule les collaborations avec des partenaires plus difficiles à rejoindre (ex. médecins)	Groupe Organisation
Consultante <ul style="list-style-type: none"> • informelle • formelle 	Développe les savoirs-faire Développe des connaissances sur le fonctionnement du réseau Améliore les compétences des infirmières désignées Développe les compétences « réseau » <ul style="list-style-type: none"> • particulièrement des novices Améliore la connaissance du rôle de l'inf. pivot ou désignée dans le réseau Favorise le développement d'un langage commun Renforce le lien de collaboration inter-établissement (CH-CLSC)	Groupe
Courtier de connaissances	Permet l'appropriation collective de la philosophie, concepts et principes reliés à l'intégration <ul style="list-style-type: none"> • améliore la crédibilité de l'infirmière Permet la mise à jour des connaissances cliniques et de réseau Favorise le développement de schèmes cognitifs et d'un langage commun Favorise le rapprochement et le dialogue interprofessionnel	Groupe

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Relais d'information	Favorise le développement de schèmes cognitifs et d'un langage commun Permet l'ajustement des rôles Facilite la circulation, l'appropriation de l'information à multiples niveaux : intra-professionnel, interprofessionnel, intra-établissement, inter-établissements Permet l'ajustement de l'information à la réalité de la pratique Fait connaître le réseau à d'autres acteurs à l'extérieur de celui-ci Favorise le développement des connaissances « réseau » en dehors des frontières du réseau MPOC	Groupe Organisation
Négociateur	Améliore et clarifie la compréhension du travail de réseau et de ses enjeux Influence la prise de décision en faveur du réseau (principes et fonctionnement) Résoud des problèmes ou des erreurs de système Identifie certaines zones d'inconfort entre les acteurs et favorise les ajustements Permet le développement d'une vision de l'intégration	Groupe

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intégration

L'intégration réfère à la phase où les acteurs et groupes d'acteurs cherchent à se coordonner et à ajuster leurs actions. Il s'agit du moment où les acteurs tentent d'expérimenter des pratiques collectives. Dans le contexte de l'intégration clinique, ces pratiques visent particulièrement la continuité et la coordination des soins et des services aux personnes qui ont une MPOC. Les actions stratégiques posées par les infirmières dans la phase d'intégration se situent dans deux champs, ceux de l'implication des professionnels et ceux de la coordination des services proprement dits. La pratique identifiée dans cette phase est *l'organisation d'activités*.

Au chapitre de l'organisation d'activités, l'animation est une des activités la plus utilisée par les infirmières tant pour des fins cliniques que pour des fins organisationnelles. Autant les infirmières pivot, désignées, que l'infirmière clinicienne spécialisée, initient ou participent à des rencontres ou à des comités de travail régionaux et locaux. Dans ces comités, peu importe les sujets discutés, la préoccupation de l'infirmière est d'abord et avant tout, le processus clinique et l'arrimage intra et inter-établissements. La coordination et l'uniformisation des pratiques intra et interprofessionnelles puis intra et inter établissements est aussi un enjeu dans les discussions. Certains de ces comités de travail impliquent uniquement des infirmières du réseau MPOC tandis que d'autres, impliquent des professionnels et/ou des gestionnaires. Les comités de travail permettent le

développement et la consolidation de la relation de confiance entre les infirmières MPOC, les autres infirmières et les autres professionnels.

*« L'objectif étant de favoriser l'ajustement des pratiques des infirmières mais comme on a fait des réunions pour parler à tous les intervenants de l'Est et de l'Ouest pour savoir comment ils s'entendaient avec leurs CLSC, la problématique c'est plus par rapport aux techniques. Qu'est-ce qu'on fait et qu'est-ce qu'on ne fait pas nous autres? (...) »
(Infirmière clinicienne spécialisée)*

Si dans certains comités, l'objectif est de discuter de situations cliniques, dans d'autres, l'objectif est de déployer des stratégies pour développer, mettre en place ou peaufiner des projets cliniques ayant un lien avec le réseau.

« J'ai fait partie du comité pour le suivi téléphonique. Ça fait que l'année dernière avec Mme X à la Régie Régionale on a développé un outil pour assurer le suivi téléphonique de cette clientèle-là parce que cette clientèle-là qui n'a pas besoin de services mais qu'on doit quand même garder un lien toujours dans le but d'éviter les hospitalisations alors on fait un suivi téléphonique. Alors j'ai travaillé avec ce comité-là pour développer un instrument. Et ça c'est un instrument qui est distribué chez toutes les infirmières. On a donné cet instrument-là à chacun des CLSC » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques intégratives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Il existe un rapport étroit entre la phase d'interprétation et celle d'intégration dans la mesure où certaines pratiques identifiées servent de voie de passage d'une phase à une autre. Dans la phase d'intégration, les actions des infirmières ont pour objectifs de produire des actions coordonnées et de favoriser les ajustements mutuels dans l'action tant au niveau de l'organisation des services qu'au niveau de la pratique des professionnels. Les pratiques des infirmières dans cette phase privilégient toujours les interactions et ce, à plusieurs niveaux dans le réseau (professionnel, organisationnel et inter-organisationnel) en impliquant plusieurs types de professionnels (infirmières, autres professionnels et gestionnaires). Les infirmières du réseau MPOC exercent des actions qui stimulent ces rapprochements et accompagnent ces projets. Ce constat appuie les dires de certains auteurs qui affirment que l'intégration clinique prend forme à partir d'initiatives et de projets concrets où les acteurs se rapprochent et arrivent ainsi à ajuster leur pratique pour se coordonner.

Les pratiques stratégiques identifiées dans cette phase contribuent à un certain nombre d'apprentissages organisationnels. La pratique d'organisatrice d'activités telles que

l'animation, où l'infirmière réunit les professionnels pour discuter de processus cliniques et de mécanismes d'arrimage entre professionnels permet d'abord et avant tout de créer un lieu d'échange. Dans cet espace, l'infirmière peut certes, apporter des clarifications sur les processus et mécanismes existants (pratique d'interprétation) mais elle arrive aussi à identifier avec ses collègues, de nouvelles façons de faire pour améliorer la qualité et la fluidité des processus. Ce faisant, les participants apprennent la complémentarité dans la réflexion et dans la recherche de solutions ce qui contribue à l'uniformisation des pratiques et à une meilleure coordination des services.

Dans sa pratique d'organisatrice d'activités, l'infirmière s'investit aussi dans le développement de projets cliniques. Ces pratiques ont pour but de réunir des professionnels, autour d'un sujet ou d'un objet visant l'intégration. Ces projets permettent le partage de stratégies d'interventions ce qui favorise les rapprochements interprofessionnels et inter-établissements au sein du réseau. Le partage de stratégies entre professionnels permet à ces derniers de conceptualiser et d'expérimenter de nouvelles pratiques ou processus cliniques concertés. En plus de mobiliser les acteurs dans la recherche de solution, cette pratique enseigne aux acteurs du réseau la transférabilité des stratégies gagnantes.

L'organisation d'activités contribue donc à réduire les préjugés qui agissent négativement sur la capacité de travailler en équipe. Cette activité fait plus que développer une vision commune, elle permet aux différents acteurs de situer leur contribution et leur rôle distinctif dans le réseau puisque ces derniers apprennent à analyser leur travail et à anticiper les actions collectives à venir. Une synthèse des apprentissages qui découlent de la pratique d'organisatrice d'activités est présentée au tableau 20.

Tableau 20 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 2

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Organisatrice d'activités	Clarifie les processus et mécanismes existants et identifie de nouvelles façons de faire Permet d'apprendre à travailler de façon complémentaire Favorise l'uniformisation des pratiques Favorise le partage et le développement de nouvelles pratiques ou processus cliniques concertés <ul style="list-style-type: none"> • Mobilise les acteurs dans la recherche de solution des stratégies gagnantes • Leur apprend à faire autrement Permet le développement d'une vision commune Améliore la confiance entre les partenaires du réseau Développe le sentiment d'appartenance au réseau	Groupe

Les pratiques stratégiques dans la phase d'institutionnalisation

Dans le processus d'apprentissage organisationnel, l'institutionnalisation est liée à la normalisation, à la standardisation et à l'uniformisation ce qui conduit à penser aux systèmes régulant les structures organisationnelles. L'institutionnalisation réfère certes aux règles mais elle réfère aussi au comportement et au fonctionnement des individus qui développent des façons de faire qui se répètent et se généralisent dans l'organisation (routinisation).

Les différents documents relatifs au réseau MPOC (politiques, protocoles, outils clinico-administratifs) viennent encadrer les prises de décisions et les actions des acteurs du réseau ce qui représente un facteur facilitant l'intégration clinique. Avant la mise en réseau, plusieurs de ces outils avaient été élaborés pour ancrer les orientations. En effet, les professionnels pouvaient se référer à des protocoles de suivi systématique pour cette clientèle, à des guides de pratique et à des outils de collecte de données et de suivi élaborés dans certains établissements de la région. Même si plusieurs protocoles étaient déjà utilisés, les infirmières pivot et désignées ainsi que l'infirmière clinicienne spécialisée ont participé à des comités inter-établissements où elles contribuent à la production de nouvelles procédures cliniques qui visent à préciser et à coordonner les pratiques des acteurs. Dans ces comités, les infirmières conçoivent, en collaboration avec des gestionnaires et d'autres professionnels du réseau, des outils et des règles cliniques qui seront éventuellement utilisés par tous les professionnels du réseau. À titre d'exemple, l'infirmière clinicienne

spécialisée, l'infirmière pivot et certaines infirmières désignées travaillent de concert avec les gestionnaires, à la mise en place de plans de services individualisés qui est un outil interdisciplinaire (PSI). Pour les infirmières, la mise en place de PSI est une façon de réguler le travail dans le réseau MPOC et avec les partenaires extérieurs au réseau MPOC.

« ...dernièrement ce que j'ai fait, j'ai travaillé sur les PSI, les plans de soins individualisés entre le SRSAD et les CLSC parce que ça arrive que des fois le SRSAD fait un suivi respiratoire mais qu'ils ont besoin d'autres services. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Un des défis de l'intégration clinique réside dans le fait que tous les partenaires du réseau acceptent ou optent pour les mêmes règles, les mêmes procédures et les mêmes outils et travaillent avec ceux-ci. À cet égard, les infirmières (clinicienne spécialisée, pivot et désignées) ainsi que les gestionnaires se sont impliqués avec l'organisme de gouverne régional, dès les premières démarches de planification du réseau MPOC. Elles ont participé aux comités qui avaient pour mandat de choisir ou d'élaborer ces règles et outils. Dans ce cadre, elles ont apporté leur contribution à la routinisation dans la mesure où elles s'assuraient d'incorporer les règles et outils en développement, dans les pratiques courantes des professionnels de leurs établissements respectifs augmentant ainsi, le potentiel d'utilisation de ces règles et outils.

Pour arriver à standardiser les règles, les connaissances scientifiques et les pratiques sont mobilisées de façon importante. En réalité, on peut affirmer que les connaissances doivent être standardisées pour assurer une standardisation des règles, particulièrement au niveau clinique. À cet égard, l'infirmière clinicienne spécialisée est particulièrement sollicitée. Elle travaille de près avec l'instance de gouverne pour uniformiser les connaissances et les processus clinique au niveau régional. Elle contribue à la production des connaissances pour donner des assises toujours plus solides utilisant les résultats de recherches et en s'impliquant dans des recherches sur les MPOC.

« On a toujours des recherches en cours. On a fait la recherche MPOC qui a duré presque deux ans. Ça c'est une infirmière qui est en charge de ça ici, mais c'est moi qui suis responsable de cette facette-là. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Elle s'implique aussi au niveau provincial en participant à des rencontres scientifiques et professionnelles et en effectuant des *formations* toujours dans l'optique de standardiser et de diffuser les pratiques exemplaires. Enfin, elle favorise la participation des autres infirmières à des activités scientifiques soutenant la spécialisation. Selon l'infirmière

clinicienne spécialisée, « *il y a une émergence d'infirmières qui deviennent plus spécialisées* » (*Infirmière clinicienne spécialisée*).

À partir du moment où les règles sont sélectionnées ou développées, les infirmières cliniciennes spécialisées, pivot de même que certaines infirmières désignées s'investissent à la mise en place uniforme de ces procédures et outils. Ainsi, elles contribuent au développement de contenus de formations à l'intention des infirmières (désignées et soignantes) des CLSC et des CH. Leur implication comme formatrice vise à uniformiser l'information sur le fonctionnement du réseau, sur les procédures et outils mis à la disposition des professionnels et à favoriser la standardisation des pratiques des infirmières du réseau MPOC de toute la région socio-sanitaire. Elles forment aussi les gestionnaires pour que ces derniers encadrent leur personnel en respectant les règles établies.

Tel qu'indiqué précédemment, la phase d'institutionnalisation est associée à la régulation des outils, des comportements et du fonctionnement des acteurs. Dans le cas d'un réseau de services comme le réseau MPOC, il est important que la clientèle puisse bénéficier des services de tous les établissements du réseau MPOC et d'autres partenaires extérieurs au réseau. Les investissements des infirmières MPOC en plus de favoriser le développement et la diffusion de procédures et d'outils standardisés, contribuent à soutenir l'harmonisation de pratiques organisationnelles et professionnelles.

L'influence des pratiques stratégiques d'institutionnalisation sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les différentes pratiques stratégiques auxquelles les infirmières recourent dans la phase d'institutionnalisation permettent des apprentissages organisationnels favorisant la routinisation et l'intériorisation des règles et des façons de faire dans le réseau.

Parmi les pratiques identifiées, notons l'implication des infirmières dans l'élaboration des protocoles clinico-administratifs qui seront utilisés dans le réseau. Les protocoles et les règles sont une trace écrite permettant d'assurer la pérennité des choix et des décisions. Cette pratique stratégique permet donc, l'ancrage des orientations et la reconnaissance des décisions. En effet, l'institutionnalisation qui prévoit la présence de règles écrites, ne peut se réaliser sans être complétée par l'appropriation de ces règles dans toute l'organisation (réseau). Les infirmières, étant impliquées dans le choix des

orientations et des règles sont dès lors, en bonne position pour en assurer la mise en oeuvre dans la pratique courante ce qui permet aux acteurs du réseau, une appropriation graduelle et naturelle des règles. Cette stratégie, s’inscrivant dans un plus longue période de temps, favorise une meilleure intégration.

Les infirmières contribuent aux démarches de recherche et de production des connaissances et participent à des activités scientifiques dans une optique d’uniformisation des connaissances. Et afin de disséminer ces connaissances cliniques et organisationnelles, elles agissent comme formatrices où elles sont appelées à développer des contenus et à les diffuser. Cette pratique a une influence directe sur l’uniformisation de connaissances et sur l’information relative au fonctionnement du réseau. Les pratiques stratégiques de la phase d’institutionnalisation ainsi que les apprentissages qui y sont reliées, sont présentées au tableau 21.

Tableau 21 - Les pratiques stratégiques en phase d’institutionnalisation et leur influence sur l’apprentissage organisationnel – Illustration 2

Pratiques stratégiques	Influence sur l’apprentissage organisationnel	Niveau
Produit les protocoles clinico-administratifs	Favorise l’ancrage des orientations Consolide la reconnaissance des décisions Établit une trace écrite pour assurer la pérennité	Organisationnel
Participe aux comités régionaux	Favorise le développement et la consolidation du réseau	Organisationnel
Met en œuvre les orientations et les règles dans la pratique courante	Favorise l’intégration graduelle et naturelle des règles et donc, standardisation des pratiques <ul style="list-style-type: none"> • Routinisation • Automatisation 	Groupe
Contribue aux démarches de recherche	Contribue à la standardisation des connaissances Permet le partage du savoir	Organisationnel
Formatrice	Favorise la standardisation de : <ul style="list-style-type: none"> • Langage • Vision, valeurs • Connaissance • Modes d’action de l’intégration • Pratiques • Outils 	Organisationnel

L'utilisation des pratiques stratégiques est influencée par des facteurs individuels et organisationnels. Les facteurs individuels que nous appelons des ressources individuelles proviennent du bagage personnel et professionnel de l'infirmière et habilite cette dernière à privilégier certaines de ses actions. Dans la section suivante, les ressources individuelles essentielles au développement et à l'utilisation des pratiques stratégiques sont décrites. Par la suite, les facteurs organisationnels qui entrent en jeu pour influencer le recours aux pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel sont mises en évidence.

Ressources individuelles

Bien que la plupart des ressources individuelles soient importantes à toutes les phases, il a été possible d'identifier que certaines pratiques stratégiques étaient plus intimement liées à certaines ressources individuelles qui agissaient comme leviers dans la découverte et l'utilisation de ces pratiques. Aussi, en lien avec les pratiques centrées sur la phase d'intuition, l'initiative professionnelle et l'autonomie semblent deux ressources importantes pour les répondants. Les pratiques situées dans la phase d'interprétation mettent en évidence d'autres ressources individuelles telles que les habiletés relationnelles dont, la capacité de s'exprimer clairement, la capacité d'écoute de même que l'ouverture aux autres (clients, partenaires du réseau et autres partenaires). On notera également que l'infirmière doit avoir un bon jugement des situations et de ses possibilités incluant celles de reconnaître ses limites et d'aller chercher du soutien pour atteindre ses résultats. L'infirmière doit aussi démontrer une polyvalence et une souplesse pour jouer son rôle. Et plus spécifiquement, pour jouer adéquatement son rôle de consultante, elle doit avoir un certain niveau d'expertise et des connaissances spécifiques en MPOC sans compter le fait qu'elle doit également connaître les ressources professionnelles et communautaires liées à ce réseau. Ces connaissances variées auront un impact positif sur sa crédibilité aux yeux de ses collègues et conséquemment, sur la confiance qu'ils lui accorderont. Mais pour que l'infirmière maintienne ce niveau de crédibilité, elle devra s'actualiser ce qui sous-tend qu'elle devra démontrer une certaine curiosité intellectuelle. De plus, étant donné le caractère particulier des actions de l'infirmière dans cette phase où elle tente d'améliorer la compréhension, entre les acteurs, il apparaît que l'infirmière doit posséder une vision claire de l'intégration et que la patience devient un instrument essentiel pour travailler sur la compréhension de ce qui est attendu dans ce réseau en développement.

Au chapitre des pratiques reliées aux phases d'intégration et d'institutionnalisation, le sens de l'organisation et le leadership viennent s'ajouter aux ressources individuelles déjà identifiées. Dans les différents moyens déployés par les infirmières pour faire progresser les projets impliquant les professionnels du réseau, on note que l'infirmière use de créativité et de jugement pour identifier des actions pertinentes selon les situations. Elle s'appuie aussi sur une volonté d'actualiser le réseau et sur la croyance qu'elle est une actrice qui peut faire une différence dans la mise en place de ce dernier. Enfin, l'infirmière s'appuie sur des valeurs professionnelles solides qu'elle traduit dans sa pratique.

En définitive, une diversité de ressources individuelles est impliquée dans les différentes pratiques susceptibles de favoriser une meilleure intégration clinique. Ces dernières sont illustrées dans le tableau 22.

Plusieurs de ces ressources ont d'ailleurs été rapportées par un médecin qui explique les compétences qu'il reconnaissait à l'infirmière pivot de son CH.

« Les connaissances en MPOC c'est primordial, si elle veut avoir une reconnaissance de ses pairs en CLSC, il faut qu'elle soit compétente auprès de la clientèle MPOC. Il faut qu'elle ait une ouverture d'esprit face aux partenaires des CLSC parce qu'elle vient d'un CH et il faut vraiment qu'elle ait une ouverture d'esprit envers les infirmières et les autres professionnels du CLSC. Qu'elle soit connue de l'équipe de pneumologie du CH pour avoir une reconnaissance des pneumologues. D'être diplomate aussi parce qu'on joue dans les plates-bandes de tout le monde quand on est intervenant pivot parce qu'on intervient dans des façons de faire d'autres professionnels et il ne faut pas être perçu comme une menace, être capable de travailler seul pour bâtir des choses nous-mêmes. Il faut être autonome. »
(Médecin)

Tableau 22 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 2

Ressources personnelles	Ressources professionnelles
Habiletés relationnelles <ul style="list-style-type: none"> • capacité de s'exprimer clairement • capacité d'écoute • ouverture aux autres (clients, partenaires du réseau et autres partenaire) 	Expertise clinique <ul style="list-style-type: none"> • Formation • Spécialisation MPOC
Volonté de s'impliquer dans le réseau	Vision claire et large de l'intégration
Croyances <ul style="list-style-type: none"> • Inf. peut faire la différence dans le réseau • Bien fondé du travail en réseau 	Valeurs professionnelles
Leadership	Connaissances <ul style="list-style-type: none"> • spécifiques en MPOC • Ressources professionnelles • Ressources communautaires
Capacité de faire face à l'inconnu	Initiative professionnelle
Autonomie	Polyvalence –souplesse
Jugement de ses possibilités et limites <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'accepter du soutien 	Crédibilité – confiance
Curiosité intellectuelle	Jugement - Capacité d'analyse
Créativité	Sens de l'organisation

Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels réfèrent aux ressources humaines, budgétaires, matérielles et technologiques ainsi qu'aux aspects politiques, sociaux et environnementaux du réseau. Un bon nombre de facteurs organisationnels viennent influencer le recours aux pratiques stratégiques et conséquemment, ont un effet sur les apprentissages organisationnels permettant la mise en réseau. Ces derniers sont regroupés dans le tableau 23.

Parmi les facteurs organisationnels soulevés par les répondants, la création de rôles dédiés en CH et en CLSC par l'instance régionale semble prépondérante pour assurer la mise en place du réseau. Les précisions quant aux rôles de ces infirmières viennent réduire les chevauchements professionnels qui peuvent produire des tensions. Malgré la création de ces rôles dédiés, les consignes ou les balises relatives à leur mandat ou à leurs priorités ne

semblent pas toujours claires. L'absence de balises peut-être perçue par certaines infirmières comme une limite tandis que pour d'autres, cela peut être une occasion de créer ou d'innover.

« C'est pour ça que moi je ne suis pas toujours à l'aise parce que, est-ce que mes idées sont correctes ? Est-ce que je pourrais faire autrement ? C'est pour ça que je chemine tranquillement et que je trouve ça long des fois. » (Infirmière)

Un des éléments qui vient limiter les effets négatifs du manque de balises est la supervision professionnelle apportée par les gestionnaires à l'endroit des infirmières pivot ou désignées. Cette supervision aide ces dernières à développer leur rôle et à acquérir une certaine confiance en elles.

« Oui c'est tout relié à cause que j'avais au début la directrice qui m'a dit quelle clientèle j'allais avoir. Après ça ici dans le CLSC il y a l'infirmière cadre qui me « coach », ce n'est pas la responsable des soins c'est une infirmière cadre dans le CLSC. Ici il y a trois chefs de programme, un des chefs de programme c'est une infirmière et cette infirmière-là me guide au point de vue professionnel dans cette clientèle-là. » (Infirmière)

Par ailleurs, certains aspects du quotidien ont une influence directe sur l'appropriation du rôle de ces infirmières dédiées. Ces aspects sont reliés à l'organisation du travail et à la suffisance des ressources. Dans ce cas, il apparaît que l'insuffisance de ressources crée des tensions incompatibles avec la mise en réseau.

« La charge de travail, un problème... surtout quand les systèmes de support ne sont pas à point. J'ai un rôle à l'urgence, mais des fois je suis complètement dépassée dans les périodes de pointe, j'ai de la misère à faire mon rôle réseau parce qu'il y a trop de patients à l'urgence ou vice-versa,... » (Infirmière)

Ces problèmes de surcharge de travail limitent les possibilités de communiquer et de collaborer.

« On voit les médecins et on essaie de leur parler à travers un brouhaha. On a un petit cinq minutes presque... » (Infirmière)

Par ailleurs, le fait de privilégier que le suivi des personnes souffrant d'une MPOC soit concentré auprès de certaines infirmières semble une condition favorable et performante.

« Ça veut dire que maintenant, nous, X et moi, nous avons tous les clients MPOC. (...) Donc ils sont quand même assez stables, mais c'est quand même un « caseload » de client en perte d'autonomie, de clients à long terme. On en a, je vous dirais, à peu près entre quatre-vingts et cent clients comme ça. Après ça, on a tous les clients MPOC ambulants, on en a aussi beaucoup. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

D'autre part, notons que l'organisation joue un rôle important dans la mise en place du réseau. En effet, plusieurs répondants ont exprimé l'importance que l'organisation prenne position en faveur de ce réseau en émergence. Ces prises de position peuvent se manifester certes, par le soutien aux professionnels et aux projets proposés par ces derniers mais aussi, par l'implication des gestionnaires dans des activités régionales ou par le leadership de l'organisation.

« On a développé ça parce que ça été demandé par la direction de développer un groupe d'entraide pour la clientèle MPOC. » (Infirmière)

« Ce sont des directrices qui croyaient beaucoup à ce projet-là. Et elles ont mis le paquet dans le sens qu'elles ont influencé leurs infirmières. Si je regarde notre directrice à l'époque qui est arrivée et qui a dit, réunion urgente, les infirmières il faut que vous m'identifiez toute la clientèle MPOC que vous avez. Au départ c'est ça, je veux avoir, demain matin, la clientèle MPOC qui est au CLSC pour mieux la connaître et être capable de recevoir des budgets de la Régie Régionale. Donc on a pu découvrir qu'on avait à cette époque X clients MPOC. Je pense qu'à « quartier X », ils ont du faire la même chose parce qu'eux autres ils en ont peut-être un peu plus que ça. » (Infirmière)

Par ailleurs, certains facteurs ont une influence sur la mise en réseau. La distance géographique et la disparité dans l'offre de services ont une influence non négligeable.

« Il n'y a pas un CLSC qui fonctionne de la même façon dans le sens que disons si je parle encore du projet MPOC, (...) C'est parce qu'il faudrait presque faire une liste des CLSC pour savoir c'est comment. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

« Et je pense que là maintenant avec la fusion des établissements, ça va beaucoup aider. Il va y avoir une ouverture et je vous dirais que c'est déjà commencé. Oui parce que l'infirmière de liaison, elle se rend compte de ce qui se passe plus ici. Il y en a qui sont venus voir comment on s'organisait ici au CLSC et qu'est-ce qu'on faisait, sur quoi on travaillait, etc. Je ne sais pas si ça se serait fait même s'il n'y avait pas eu de fusion, c'est très vase clos. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Enfin, mentionnons les facteurs organisationnels structurants identifiés au travers des documents de référence produits par le ministère et par la régie régionale. Ces documents précisent les finalités de ce réseau et offrent les outils clinico-administratifs essentiels à son bon fonctionnement incluant les systèmes de communication et d'information clinique. Par ces documents, l'organisme joue un rôle de leader qui se traduit par la mise en place de comités régionaux de suivi et par des initiatives de formation permettant l'appropriation des objectifs pour tous les établissements de la région socio-sanitaire.

Dans le réseau MPOC, les règles et procédures sont généralement diffusées aux intervenants par écrit. Toutefois, les infirmières MPOC (clinicienne, pivot, désignées) ont la responsabilité d'en assurer la diffusion et ont une certaine autorité pour s'assurer de l'utilisation des règles mises de l'avant. L'infirmière clinicienne spécialisée par exemple, possède une autorité plus formelle à cet égard. Cette dernière considère d'ailleurs son rôle comme central dans la régulation.

« Si les intervenants ne tiennent pas compte de ces règles ils sont « ramenés à l'ordre ». (Infirmière clinicienne spécialisée)

Tableau 23 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 2

Facteurs internes	Facteurs externes
Postes dédiés MPOC Infirmières pivot en CH Infirmières désignées en CLSC Infirmière clinicienne spécialisée SRSAD Balises claires relativement à ces rôles Autorité des inf. qui ont un poste dédié	Organisation du travail <ul style="list-style-type: none"> • présence d'une équipe de travail • qualité des rapports de ses membres
Soutien des gestionnaires	Suffisance des ressources <ul style="list-style-type: none"> • disponibilité de ressources • nombre suffisant de ressources professionnelles
Supervision professionnelle	Charge de travail <ul style="list-style-type: none"> • concentration des patients MPOC auprès de ressources spécifiques • Temps
Formations régionales MPOC <ul style="list-style-type: none"> • formatrice désignée par l'instance de gouverne régionale 	Distance entre les organisations du réseau <ul style="list-style-type: none"> • Géographique • disparité dans l'offre de services d'établissements de mission similaire
Volonté organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> • Prise de position en la faveur du réseau • implication des gestionnaires dans des activités régionales • leadership de l'organisation 	Structure d'échange inter établissements <ul style="list-style-type: none"> • Interlocuteur à l'instance de gouverne régional • Table régionale CH-CLSC • Table des gestionnaires de CLSC
Documents de référence pour la mise en place d'un réseau MPOC <ul style="list-style-type: none"> • Rapports appuyant la création de réseaux intégrés de services • Finalités du réseau précisées • outils clinico-administratifs • systèmes de communication et d'information clinique 	
Règles et procédures diffusées aux intervenants par écrit	

Synthèse analytique

L'influence du contexte sur les pratiques

L'objectif du réseau MPOC est d'assurer une coordination et un suivi systématique des soins et des services dans la communauté, aux patients qui présentent une MPOC, afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire le recours aux services hospitaliers et principalement, aux services des urgences. Ce réseau dessert des personnes de tous âges aux prises avec une MPOC. Toutefois, ce sont majoritairement les personnes âgées qui présentent une MPOC, ce qui permet d'entrevoir un accroissement des problèmes chez ces personnes et un croisement dans les services offerts par deux réseaux; le réseau MPOC et le réseau pour les personnes âgées. La clientèle desservie par ce réseau est plus ou moins autonome et manifeste divers problèmes de santé susceptibles d'affecter son autonomie fonctionnelle.

Afin de compléter son mandat, ce réseau fait appel à une diversité de professionnels provenant de différentes catégories d'établissements (CLSC, centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CH) incluant des services de pneumologie et des services de soins pulmonaires spécialisés à domicile (SRSAD).

La particularité de ce cas réside dans le fait que les autorités régionales qui pilotent la mise en place de ce réseau ont confié des responsabilités précises à certaines infirmières en leur octroyant des postes « dédiés » dans le déploiement du réseau de services pour les personnes aux prises avec une MPOC. Ainsi, les décideurs régionaux ont prévu que des infirmières pivot en CH et des infirmières désignées en CLSC, appuyées d'une infirmière clinicienne spécialisée au SRSAD seraient les professionnelles responsables de l'actualisation de cette coordination de services. Cette décision comporte certains avantages notamment celui de réduire les effets indésirables des luttes interprofessionnelles.

Les infirmières « dédiées », bien qu'elles évoluent dans des milieux de soins différents (CH et CLSC), peuvent se reposer sur les mêmes documents d'orientations qui précisent les rôles des établissements et des professionnels. Plus particulièrement, ces documents précisent les fonctions des infirmières pivot et désignées MPOC (Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 2004; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b). Ces orientations inter-établissements contribuent d'une part, à

légitimer le rôle de ces professionnelles et à leur apporter des références communes quant à leur mandat et aux finalités attendues pour ce réseau. De plus, les démarches de recherche qui ont précédé les orientations contribuent à consolider la position de ces professionnelles. Ces différents éléments leur apportent donc une certaine reconnaissance voire, une certaine autorité dans la mise en place du réseau MPOC. Cette autorité se traduit concrètement par l'implication de ces infirmières dans les comités de travail mis en place par l'instance de gouverne et qui ont pour objectifs d'élaborer des outils cliniques pour le réseau et de planifier les formations régionales qui ont d'ailleurs été dispensées par ces infirmières renforçant ainsi leur rôle d'autorité.

Les postes « dédiés » ont été octroyés à des infirmières chevronnées bénéficiant de formations universitaires de premier cycle et de deuxième cycle. Ces infirmières travaillent depuis plusieurs années dans le réseau de la santé. Leur profil d'expérience s'oriente soit sur la spécialisation dans les maladies pulmonaires ou sur un large éventail d'expérience professionnelle leur apportant des connaissances variées favorisant la polyvalence dans la pratique. Le premier profil a été observé en CH (particulièrement au SRSAD) tandis que le second a été vu en CLSC. Ces profils ont un lien logique avec les rôles qui leurs sont dévolus dans le réseau de soins et de services.

Pour mener à bien leur mandat, ces infirmières doivent établir des ponts de collaboration entre elles et avec les professionnels de leurs établissements respectifs impliqués auprès des personnes souffrant d'une MPOC. Dans certains cas, elles ont à faire des liens avec les professionnels d'autres réseaux comme le réseau de services pour les personnes âgées. Dans ces circonstances, les pratiques stratégiques prennent une autre dimension puisque ces infirmières sortent de la zone institutionnalisée du réseau pour transférer les pratiques et les apprentissages organisationnels dans d'autres contextes organisationnels en dehors du réseau.

Pratiques et apprentissages

Ces infirmières déploient des pratiques stratégiques qui visent les finalités de l'intégration clinique soit, l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services.

Pratiques intuitives

Dans la phase d'intuition, une seule pratique stratégique a pu être identifiée soit, la pratique *d'expérimentation*. Cette dernière donne l'occasion à l'infirmière pivot du CH de repérer des manques de précisions ou des failles dans le fonctionnement du réseau ainsi que les solutions éventuelles et d'identifier les collaborateurs potentiels ce qui lui permettra d'inclure ces solutions et ces acteurs dans les démarches subséquentes. Cette pratique contribue à ce que l'infirmière intériorise ou s'approprie davantage les principes, les valeurs et les autres composantes reliées à l'intégration et au réseau.

Pratiques interprétatives

Les pratiques identifiées dans la phase d'interprétation s'actualisent au niveau du groupe et certaines d'entre elles ont une portée organisationnelle. Elles génèrent certains éléments d'apprentissage organisationnel essentiels à la routinisation d'actions qui vont dans le sens de l'intégration. Ainsi, les pratiques de *promoteur du réseau*, de *consultante* et de *courtier de connaissances* favorisent le développement des connaissances collectives sur l'existence même de ce réseau et sur son fonctionnement incluant le rôle des infirmières pivot et désignées. Elles facilitent aussi l'appropriation collective de la philosophie, concepts et principes reliés à l'intégration et permettent une mise à jour des connaissances cliniques et de réseau. Ces pratiques stimulent le développement de schèmes cognitifs et l'acquisition de connaissances pratiques ou de compétences « réseau ». Ces pratiques ont une influence certaine sur la crédibilité et la reconnaissance accordée aux infirmières qui effectuent ces fonctions dédiées.

La pratique *de relais d'information*, est une pratique qui a une influence sur les systèmes d'information et de communication à la base de l'apprentissage. Cette pratique semble faciliter la circulation et l'appropriation de l'information à multiples niveaux (intra-professionnel, interprofessionnel, intra-établissement, inter-établissements). Elle semble permettre de clarifier la compréhension du travail de réseau et de ses enjeux favorisant ainsi un ajustement de l'information à la réalité de la pratique. Cet alignement entre l'information et la réalité est nécessaire aux acteurs pour comprendre le sens des pratiques intégrées. Par ailleurs, un autre groupe de pratiques vient compléter la phase d'interprétation. Les pratiques de *négociation* ont un rôle important puisqu'elles

contribuent à l'identification par le groupe d'acteurs des erreurs de système et de leur résolution. Du coup, elles contribuent aux ajustements dans les rôles et les pratiques et à l'identification d'une certaine zone de confort entre les acteurs ce qui agit sur le niveau de confiance et la capacité de collaborer et ultimement, de travailler en réseau.

Pratiques intégratives

Les pratiques *d'organisatrice d'activités et d'agent de mobilisation* sont des pratiques qui facilitent la compréhension du travail en réseau. Or la stratégie privilégiée dans l'usage de ces pratiques est de favoriser l'implication concrète des acteurs dans la réalisation d'actions visant la mise en réseau. L'ensemble des pratiques déployées dans cette phase permet à l'infirmière de stimuler les échanges et de créer ainsi des rapprochements interprofessionnels et inter-organisationnels susceptibles d'améliorer la complémentarité. Ces actions stratégiques laissent place à des réflexions collectives sur les processus et mécanismes existants. Elles favorisent l'expérimentation de nouvelles pratiques ou processus cliniques concertés et leur reconceptualisation. Cet exercice d'expérimentation collective permet aux acteurs de préciser leurs rôles distinctifs dans le réseau et d'anticiper les actions collectives qu'ils sont appelés à effectuer. Ce travail commun agit également sur la consolidation d'une vision commune et par conséquent, sur la diminution des préjugés. Les pratiques stratégiques dans la phase d'intégration sont mobilisatrices; elles permettent l'appropriation concrète des orientations édictées dans la phase d'institutionnalisation et diffusées dans la phase d'interprétation mais d'abord et avant tout, elles apprennent aux acteurs professionnels à travailler ensemble dans un projet commun. La confiance qui en résulte permet au groupe de croire qu'il est possible de travailler ensemble et de tenter d'autres approches pour améliorer l'efficacité. Cette attitude est susceptible d'ouvrir la voie à des remises en question des règles établies.

Pratiques institutionnalisantes

Les pratiques stratégiques observées dans la phase d'institutionnalisation se situent, pour la plupart, au niveau organisationnel. Elles ont pour objectif principal de contribuer à l'ancrage et à la pérennisation des orientations mises de l'avant par l'instance de gouverne régionale et portées par les infirmières qui ont des fonctions dédiées. Ainsi, les pratiques stratégiques qui consistent à *choisir les protocoles clinico-administratifs*, à *incorporer les*

éléments de ces protocoles dans les règles des fonctionnements de l'établissement, à participer aux démarches de recherche et à agir comme formatrice sont des actions qui favorisent l'uniformisation de l'information sur le fonctionnement du réseau et l'amélioration des connaissances. Ces pratiques génèreront du matériel tangible qui viendra soutenir les pratiques stratégiques déployées dans la phase d'interprétation en assurant une intégration graduelle des nouvelles règles de fonctionnement dans le réseau.

L'influence des ressources individuelles sur les pratiques

Les pratiques stratégiques identifiées chez les infirmières dédiées MPOC se développent grâce à des connaissances, à des compétences et à des habiletés particulières qu'elles ont acquises dans leur parcours personnel et professionnel.

Certaines de ces ressources professionnelles telles que l'expérience, les connaissances, l'expertise et une vision claire de l'intégration ont été mises en évidence précédemment. Ces ressources peuvent être vues comme des réservoirs dans lesquels l'infirmière puise pour choisir des pratiques stratégiques appropriées. Elles peuvent aussi apporter le matériel et la confiance nécessaire pour inventer de nouvelles pratiques.

Considérant le défi que relève les infirmières qui ont des fonctions « dédiées » dans le réseau MPOC, les habiletés relationnelles font partie des ressources individuelles essentielles pour mettre en pratique les actions stratégiques. D'autres ressources sont aussi mobilisées dans le choix ou le recours aux pratiques stratégiques. La plupart de ces ressources sont reliées aux qualités intrinsèques de ces infirmières. Parmi ces ressources personnelles on retrouve : la volonté d'actualiser le réseau, la confiance en soi et la capacité de faire face à l'inconnu, la croyance au bien fondé du travail en réseau et en sa capacité de faire une différence et la curiosité intellectuelle. Ces ressources ont une influence certaine sur l'attitude et sur le leadership dont l'infirmière fait usage. Ces ressources intrinsèques sont complémentées et renforcées par d'autres ressources acquises au fil du temps et des expériences personnelles et professionnelles. Ces ressources sont la créativité, le sens de l'organisation, le jugement et l'autonomie qui viennent soutenir le choix de ses pratiques stratégiques.

L'influence des facteurs organisationnels sur les pratiques

On ne peut ignorer l'influence de certains facteurs organisationnels sur le recours aux pratiques stratégiques voir même, sur la capacité individuelle et organisationnelle d'apprendre. Certes, il apparaît évident que la création des postes dédiés MPOC est influente puisqu'elle apporte une légitimité aux actions de certaines infirmières qui ont le mandat de soutenir la mise en place de ce réseau. Elle leur apporte une certaine autorité parfois hiérarchique mais surtout, d'expertise, ce qui semble avoir plus d'impact sur les acteurs professionnels. En plus du mandat clair octroyé à ces infirmières, la volonté organisationnelle qui se traduit, par des prises de position claires en faveur du réseau à différents niveaux chez les décideurs et par l'implication des gestionnaires dans des activités régionales et locales, est aussi un ingrédient essentiel pour permettre à ces infirmières d'actualiser leur mandat et pour mobiliser les autres professionnels dans le changement attendu. Également, le leadership de l'organisme de gouverne régional vient ajouter du poids à la volonté organisationnelle. Ce leadership régional est à la base des aspects les plus structurants du projet soit : les balises quant aux rôles des acteurs professionnels et des organisations ; les comités de travail ainsi que les formations régionales qui viennent standardiser les connaissances et uniformiser la compréhension des participants sur les finalités ; et les modalités de fonctionnement du réseau. Ces facteurs organisationnels atténuent certaines barrières telles que l'effet négatif de la distance géographique entre les dispensateurs de soins, la charge de travail occasionnée par un manque de ressources et la disparité dans l'offre de services des établissements qui pourtant, portent des missions similaires.

La dynamique d'apprentissage organisationnel

La dynamique d'apprentissage organisationnel réfère à la façon dont les pratiques sont mobilisées et à l'inter influence entre les pratiques et les apprentissages en tenant compte des liens entre les phases d'apprentissage.

Dans ce cas, le processus d'apprentissage organisationnel semble s'amorcer par la phase d'institutionnalisation. Cette situation s'explique par le fait que la mise en place de ce réseau a été précédée par des orientations régionales émanant de la recherche dans le domaine de la pneumologie qui lui ont conféré des assises structurelles importantes. Les

données probantes ont particulièrement influencé le choix de centraliser les responsabilités de la mise en réseau autour de certaines infirmières qui concentreraient leurs actions principalement pour la clientèle souffrant d'une MPOC.

Ces infirmières, bien qu'évoluant dans des milieux cliniques différents, ont les mêmes finalités et réfèrent aux mêmes orientations décisionnelles et cliniques ce qui favorise la cohérence des actions. Le fait que ces professionnelles « réseau » soient de même discipline contribue aussi à renforcer cette cohérence. Le mandat précis qui leur est confié leur apporte la reconnaissance, une certaine autorité ainsi qu'une marge de manœuvre professionnelle et organisationnelle leur permettant de déployer une gamme de pratiques stratégiques dans leur organisation et entre les organisations du réseau favorisant ainsi l'intégration clinique. Par ailleurs, ces professionnelles évoluent dans un contexte nouveau dans la mesure où, la décision de la mise en place de réseau est récente et les organisations impliquées ne peuvent pas s'appuyer sur d'autres expériences similaires. Ce contexte semble propice aux apprentissages organisationnels car les infirmières rencontrent peu de résistance organisée de la part des autres acteurs professionnels.

Les pratiques stratégiques utilisées par les infirmières se situent principalement dans la phase d'interprétation et d'institutionnalisation. Les pratiques de la phase d'interprétation semblent consécutives à l'apprentissage organisationnel effectué suite à la diffusion des différents documents d'orientation que l'on peut qualifier d'institutionnalisés. En fait, la plupart des pratiques qu'elles utilisent visent à faire comprendre à tous les acteurs concernés leurs nouveaux rôles et responsabilités dans ce réseau en s'inspirant de ces documents ce qui laisse entrevoir une séquence se situant dans la boucle entre la phase d'interprétation et d'institutionnalisation. Les autres pratiques auxquelles elles recourent dans les phases d'intégration et d'institutionnalisation se positionnent, pour la plupart, en continuité avec celles de la phase d'interprétation complétant la boucle séquentielle. Par exemple, l'infirmière animera un comité de travail avec ses collègues pour mettre en place une activité pour la clientèle MPOC (phase d'intégration). Ces travaux permettront à l'infirmière de diffuser de l'information sur les rôles respectifs des établissements impliqués dans ce réseau (phase d'interprétation). Elle complétera la démarche en rédigeant le plan de cette activité et en y joignant tous les outils cliniques nécessaires à sa réalisation

(phase d'institutionnalisation). Enfin elle s'assurera de la diffusion et de l'utilisation de ce nouveau programme (phase d'interprétation + institutionnalisation).

Cas 3 - Réseau de services postnataux

Mise en situation

Le continuum de services postnataux est un réseau de liaison de faible complexité. Il s'organise autour d'une clientèle vivant une situation particulière, la naissance d'un enfant où 80% des parturientes présentent des besoins courants au point de vue biopsychosocial (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003). Par ailleurs, environ 20% de cette clientèle présente des problèmes d'adaptation ou de vulnérabilité. Pour cette clientèle, les services sont coordonnés par une intervenante pivot, le plus souvent une infirmière de CLSC.

Les infirmières sont des intervenantes très impliquées dans ce réseau où elles dispensent, en collaboration avec les médecins et les autres professionnels (en majorité des travailleurs sociaux), des interventions de dépistage, de prévention primaire ou secondaire à l'occasion. Ces interventions sont orientées principalement vers l'éducation (prévention et promotion de la santé) individuelle et de groupe et visent à maintenir et améliorer l'état de santé globale des nouveau-nés, des parents et de la famille. Les établissements impliqués dans ce réseau sont les CLSC, les centres hospitaliers, les cabinets de médecins, les maisons de naissances et, à l'occasion, des Centres jeunesse (services psychosociaux de 2^e ligne). L'organisme de gouverne régional a élaboré des orientations guidant les modalités d'articulation entre les établissements impliqués (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001). Dans ce réseau, on mise sur la standardisation des outils, des procédures et de l'enseignement dispensé. Dans la majorité des cas, les professionnels du réseau interviennent à court terme et de façon ponctuelle. Ils utilisent des mécanismes de liaison s'appuyant sur des outils informatiques afin d'assurer la coordination et la continuité des soins et services entre les dispensateurs.

Le réseau de services postnataux vise à assurer une prise en charge efficace et globale des femmes qui viennent d'accoucher et de leurs nouveau-nées. Le réseau a pour objectif d'assurer un suivi postnatal dans la communauté à toutes les parturientes afin de prévenir les problèmes psychosociaux et de réduire les risques de santé chez les mères et les nouveau-nés.

La mise en place de ce réseau a débuté vers la fin des années 90' où les contraintes budgétaires et les nouvelles technologies ont amené un nouveau courant de pensée et des changements de pratiques en la faveur d'une diminution de la durée de séjour hospitalier en période postnatale. L'adoption du « court séjour » dans plusieurs établissements hospitaliers a conduit le ministère de la santé et des services sociaux à baliser cette pratique dans une politique encadrant le congé précoce en périnatalité (MSSS, 1999).

La politique de périnatalité du gouvernement du Québec (MSSS, 1993) énonce la nécessité d'offrir des services de base à tous les parents ou futurs parents de même que la nécessité d'offrir des services adaptés aux parents et futurs parents présentant des vulnérabilités sur les plans biopsychosocial. Bien que cette politique vienne légitimer certains programmes, ce n'est qu'en 2004 qu'une véritable politique encadrant les services aux clientèles vulnérables dans les périodes prénatale et postnatale voit le jour (MSSS, 2004b).

La région socio-sanitaire qui fait l'objet de cette étude est grandement influencée par ces changements puisqu'elle est la plus grosse région socio-sanitaire au Québec. On trouve sur son territoire neuf centres hospitaliers qui ont un département d'obstétrique (CH) avec les ressources médicales qui y sont rattachées et 29 CLSC qui dispensent des services pré et postnataux dans la communauté. Sans compter les nombreux organismes communautaires dédiés aux familles. Afin d'apprécier l'importance de ce dossier pour cette région socio-sanitaire notons que le nombre annuel moyen de naissances de 2002 à 2004 (au moment de la collecte de données) est de 20 370 naissances et que 20% des familles dans lesquelles ces enfants grandissent présentent des critères de vulnérabilité sur le plan socio-économique (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2004).

Par ailleurs, relativement au court séjour hospitalier, l'instance de gouverne régionale a débuté des travaux en 1998, pour encadrer ce changement qui impliquait davantage les CLSC, les CH et les médecins traitants. Ce qui a laissé place en 2001, à un cadre de référence en périnatalité pour la période postnatale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001). Ce n'est qu'en 2003 que ce cadre de référence n'a pu véritablement débiter son implantation avec la diffusion d'un guide de pratiques et des outils clinique s'y rattachant (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003). Depuis ce moment, l'organisme de gouverne régional

considère que tous les établissements concernés par le court séjour soit, les CH et les CLSC, s'acquittent des rôles et mandats qui leur ont été confiés dans le cadre de référence afin que les mères et les nouveaux nés obtiennent un congé sécuritaire, à l'intérieur de 48 heures, pour les accouchements naturels et à l'intérieur de 96 heures, pour les accouchements par césarienne.

L'analyse des différents documents d'orientation laissent voir que le réseau de services postnataux est une initiative d'intégration dite de liaison (Leutz, 1999). Dans le contexte des propositions de recherche mises de l'avant dans cette étude, les actions posées par certaines infirmières pour répondre aux finalités de l'intégration rendent l'analyse de ce cas tout à fait pertinente.

Les frontières du cas

Étant donné le nombre important d'établissements impliqués par cette réorganisation de services dans la région sociosanitaire visée par cette étude, deux CLSC et un CH ont été ciblés pour constituer ce cas. Ces établissements ont été sélectionnés en se reposant sur les critères de sélection énoncés au chapitre de la méthodologie et sur certaines caractéristiques cohérentes avec les propositions de recherche.

Ces caractéristiques sont :

- Un des CLSC sélectionné a effectué une démarche novatrice à l'endroit du CH sélectionné afin d'atteindre les objectifs du court séjour hospitalier tout en assurant la sécurité de la clientèle;
- Le second CLSC est situé dans le territoire voisin et la clientèle des deux territoires ont des caractéristiques sociodémographiques et économiques similaires;
 - Les deux CLSC desservent des territoires qui sont parmi les cinq dont la proportion de naissance est la plus forte dans la région socio sanitaire;
- Les parturientes desservies par les deux CLSC accouchent en majorité au CH sélectionné;
- Certains médecins accoucheurs du CH sélectionné travaillent dans un des deux CLSC sélectionné.

Le réseau de services postnataux implique les professionnels des CLSC et des CH qui interviennent auprès des nouvelles mères et de leurs nouveau-nés (annexe 6). La mise en place de ce réseau implique des ajustements importants pour les professionnels des CLSC et des CH puisqu'on demande aux CLSC une intervention plus rapide et plus consistante auprès des mères et des nouveau-nés qui obtiennent un congé plus rapide du

CH. Le défi qui s'ouvre à ces établissements en est un d'accessibilité aux services dans la communauté, de continuité et de complémentarité. Les médecins accoucheurs et les pédiatres quant à eux, sont touchés par la mise en place de ce réseau dans la mesure où ils assument la responsabilité de signer le congé de la mère et du nouveau-né et où ils assurent le suivi médical dans la période postnatale. Ils sont appelés dans ce contexte, à établir des liens de collaboration non seulement avec les professionnels des CH mais aussi, avec ceux des CLSC.

Dans la description de cas qui suit, les pratiques stratégiques seront discutées à partir d'une illustration qui, comme dans le cas « personnes âgées » fait office de « mini cas dans le cas ». Cette illustration permet de mieux comprendre comment les contextes, événements et actions particulières de certains acteurs se canalisent en faveur de l'intégration clinique (Stake, 2004) .

Cette illustration permet de mettre en évidence l'influence qu'ont certaines infirmières sur l'intégration et donc sur l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des soins et services. Et en particulier, celle d'une infirmière qui occupe une fonction particulière dans son CLSC et à l'endroit du CH, pour répondre aux besoins de la clientèle. L'identification des pratiques stratégiques des infirmières dans cette illustration permettra aussi de découvrir les ressources personnelles et les facteurs organisationnels impliqués dans le processus d'apprentissage organisationnel et surtout, de comprendre le processus qui fait que ces pratiques, au départ individuelles, deviennent des pratiques collectives.

Les données recueillies dans ce cas proviennent de l'analyse de 19 entrevues individuelles, d'une entrevue de groupe et de deux séances d'observations effectuées dans les établissements sélectionnés ainsi que de l'analyse de documents d'archives.

L'évolution, la structure et le fonctionnement du réseau de services postnataux

Le réseau de services postnataux est relativement jeune. Les travaux régionaux conduisant à la mise en place de ce réseau ont été amorcés en 1998 par l'instance de gouverne régionale en réponse aux orientations édictées par le ministère de la santé et des services sociaux relativement aux services pour les femmes enceintes vulnérables et à la

réorganisation des services dans le contexte du court séjour hospitalier dans la période postnatale. Bien que plusieurs travaux aient été effectués depuis les années '80 pour répondre aux besoins des femmes enceintes vulnérables, peu de travaux régionaux ont précédé la sortie du document d'orientation ministériel sur le court séjour hospitalier dans la période postnatale (MSSS, 1999). Ce qui justifie les efforts régionaux amorcés en 1998, afin de revoir les rôles des établissements et de préciser les modalités d'articulation entre les CH, les CLSC et les médecins traitants pour permettre le congé précoce sécuritaire des mères et de leurs nouveau-nés.

En 2001, le cadre de référence (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001) issu des travaux régionaux était adopté, ouvrant la voie à l'implantation de nouvelles modalités d'articulation entre les établissements et acteurs concernés. Ces modalités visaient l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination entre CH, CLSC et médecins traitants. Entre 2001 et 2003, des travaux régionaux se sont poursuivis pour assurer une meilleure répartition des ressources et pour développer des guides de pratiques (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003) et en assurer la diffusion.

Afin de mieux saisir la nature de ce réseau, la structure du réseau de services postnataux sera d'abord présentée en conformité avec les contenus des différents documents d'orientations diffusés par le ministère de la santé et des services sociaux et l'instance de gouverne régionale puis, les témoignages des répondants seront mis en évidence afin de d'exposer les enjeux qui teintent son fonctionnement.

Tel qu'indiqué précédemment, le réseau de services postnataux implique principalement deux types d'établissements soit : les CLSC et les CH ainsi que les médecins traitants. Ces établissements ont pour mandat de travailler en complémentarité et de façon coordonnée pour que les mères et leurs nouveau-nés obtiennent leur congé du CH le plus rapidement possible et qu'ils obtiennent les services postnataux appropriés dans la communauté afin d'assurer une transition sécuritaire et une adaptation à la situation de parentalité. Aussi, ces établissements ont la responsabilité de s'assurer de la continuité des soins afin d'éviter un bris de services (annexe 6).

Afin de faciliter le transfert d'information, des systèmes informatiques ont été développés par l'instance de gouverne régionale lors de la mise en place du cadre de référence postnatal (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001). Ainsi, les CH réfèrent aux CLSC au moyen d'un système d'avis de naissances informatisé et d'un formulaire de référence inter-établissement informatisé (cf. demande de service inter-établissement – DSIE). La DSIE est aussi utilisée par les CLSC pour référer au CH dans la période prénatale ou postnatale, lorsque la mère ou le nouveau-né présente un problème de santé (ex. ictère du nouveau-né).

L'analyse des entrevues et particulièrement le contenu de l'entrevue de groupe révèlent que la mise en réseau est un processus encore jeune et que, bien que des efforts aient été consentis pour formaliser le travail en réseau, les acteurs travaillent encore à s'approprier de nouvelles façons de faire.

« Depuis quelques années il y a des intégrations, des références. Elles parlent du programme OLO, le programme du virage péri. Il y a donc des partenariats qui se sont installés. Il y a des organismes communautaires. Il y a encore des choses à faire, on doit encore améliorer des choses, mais je trouve qu'on a quand même progressé énormément pour une région assez complexe de 29 CLSC. » (Infirmière)

« Pour moi l'intégration a permis de ne plus dédoubler. La formation que toutes les infirmières ont eue à l'Agence, a permis de travailler avec des outils communs. On a maintenant un langage commun et on intervient de façon encore plus efficace. On a plus de temps pour les gens qui ont des problèmes plus importants. Oui, ça va prendre du temps, mais il y a déjà des plus. Les infirmières ont été formées pour faire des bonnes évaluations cliniques, des bonnes interventions. » (Infirmière)

« Il y a une transition qui demanderait du temps parce qu'on n'a pas tous non plus la même quantité d'énergie à mettre dans nos suivis parce qu'on est en train de s'ajuster aux nouvelles façons de faire. Alors je ne pense pas qu'on pourrait penser qu'on gagne du temps tout de suite. À long terme peut-être. Mais ce sont tous des petits pas. » (Infirmière)

Illustration 3– Un projet d'intégration de services postnataux

Ce projet qui vise « l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge dans la communauté c'est à dire une meilleure continuité des services » (Infirmière). Les changements de pratiques des intervenants reposent sur l'infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI) du CLSC qui occupe des fonctions particulières et qui joue un rôle de premier plan dans la mise en réseau où elle effectue des interventions précoces au CH. Sa présence constante contribue à créer des collaborations concrètes avec les infirmières du

CH et deviennent un facteur non négligeable dans le développement des liens de confiance avec ces dernières.

Les interventions de cette infirmière visent l'établissement d'un lien de confiance avec les parturientes dès la naissance de leur bébé. Ses interventions ont pour objectif d'expliquer aux nouveaux parents, les services qu'ils sont sur le point de recevoir à leur retour à domicile afin qu'ils acceptent l'offre de visite à domicile qui leur est faite. Elles ont aussi pour objectif d'améliorer la communication avec les infirmières du CH afin d'obtenir les informations pertinentes au sujet des clientes en temps opportun afin de permettre aux infirmières et aux autres professionnels du CLSC de prioriser et d'ajuster leurs interventions. Ainsi, son intervention au CH a une influence directe sur l'efficacité de la prise en charge par les infirmières du CLSC.

La situation décrite dans cette illustration est relative au fait que l'ASI met en place de nouvelles modalités de collaboration et d'intervention postnatale entre le CLSC et le CH.

« Avant le virage moi qui allais à domicile j'avais vu qu'on arrivait toujours un peu trop tard. Donc, j'ai fait des démarches avec l'hôpital X justement pour pouvoir passer le matin à l'hôpital et on a fait des arrangements avec l'hôpital X pour qu'une infirmière puisse passer le matin, aller visiter ces mamans-là, créer déjà un premier contact, (...) Ça, ça remonte à cinq ou six ans. Le virage date d'il y a deux ou trois ans. Donc on avait viré trois ans avant le virage généralisé. » (03-02-10-05)

Cette infirmière a donc planifié un projet où elle assure une présence quotidienne au CH afin de rencontrer sur place, les femmes qui viennent d'accoucher et qui, de façon générale, reçoivent leur congé dans les 48 à 96 heures (selon le type d'accouchement). Pour que son idée voit le jour, elle a effectué plusieurs démarches préalables dans l'optique de convaincre ses supérieurs hiérarchiques de la pertinence du projet; d'expliquer son idée aux membres de son équipe et d'obtenir leur collaboration et enfin, d'aller chercher l'accord et la collaboration des autorités et des infirmières du CH concerné.

C'est précisément à partir de cette observation qu'il a été possible de circonscrire les éléments de l'illustration qui suit. Les différentes pratiques stratégiques ont donc été identifiées principalement chez cette infirmière et certaines pratiques ont aussi été identifiées chez sa gestionnaire qui est aussi infirmière.

Dans cette illustration, l'ASI du CLSC occupe le rôle principal. Au moment des entrevues, cette ASI occupe officiellement ce poste depuis trois ans bien qu'en réalité, elle effectue ces fonctions depuis au moins cinq ans. De plus, cette infirmière bachelière travaille auprès de la clientèle de périnatalité depuis une quinzaine d'années.

*« Ça fait, je dirais trois ans d'une façon officielle, mais peut-être cinq ou six ans d'une façon officieuse parce que je remplissais souvent des tâches mais je n'avais pas le titre. »
(03-02-10-05)*

Pratiques stratégiques et apprentissage organisationnel

Les pratiques stratégiques identifiées dans cette illustration sont catégorisées dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel telles que définies par Crossan et collègues (1999) puis, une analyse et une explication est avancée afin de mieux comprendre en quoi et comment ces pratiques peuvent soutenir l'apprentissage organisationnel à la faveur d'une meilleure intégration en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité des soins et services dans la période postnatale. Cette description est suivie d'une présentation des ressources individuelles susceptibles de soutenir le recours aux pratiques stratégiques et des facteurs organisationnels influents sur ces pratiques et sur l'apprentissage organisationnel. Une synthèse analytique vient compléter cette description de cas. Cette synthèse a pour but de mettre en évidence les particularités du cas et de les expliciter en référant au cadre conceptuel proposé.

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intuition

Les pratiques dans la phase d'intuition réfèrent aux actions d'essayer, d'expérimenter et d'explorer. À ce chapitre, l'ASI a recours à deux types de pratiques : *le dépistage et l'expérimentation*.

Elle fait le constat que, dans plusieurs cas, une visite à domicile plus précoce et mieux planifiée, pourrait être plus favorable pour les nouvelles mères. Elle *dépiste* donc, une situation problématique qui pourrait être résolue par une mise en réseau plus efficace.

« L'infirmière regarde dans un contexte de vie à partir des connaissances, regarde toutes les ressources disponibles, les besoins, premièrement les besoins des clients. Après ça, élabore qu'est-ce qui permettrait de répondre à ces besoins-là... » (Infirmière gestionnaire)

« (...) quand on arrive à quatre ou cinq jours après qu'elle ait accouché, qu'elle soit même revenue à la maison, les problèmes d'allaitement, les problèmes de jaunisse. Elle, soit passée au travers toute seule ou en partie ou qu'elle ait carrément démissionné, elle a arrêté d'allaiter et elle est allée à l'hôpital avec le bébé pour la jaunisse. » (Infirmière)

Ceci l'amène à *expérimenter* des pistes de solutions. Aussi elle imagine une nouvelle façon de faire pour résoudre ce problème tout en pensant aux partenaires avec lesquels elle pourrait travailler pour améliorer cette situation.

« ... je trouvais que les clientes étaient vues trop tard. Donc j'ai fait des démarches avec l'hôpital X justement pour pouvoir passer le matin à l'hôpital X parce qu'il y avait quand même un 30% de nos gens qui accouchaient à l'hôpital X. Donc j'ai pensé faire des arrangements avec l'hôpital pour qu'une infirmière puisse passer le matin, aller visiter ces mamans-là, créer déjà un premier contact, savoir qu'elle va sortir telle date et être là comme deux jours après. » (Infirmière)

L'influence des pratiques stratégiques intuitives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les pratiques intuitives sont difficiles à mettre en évidence à cause de leur caractère implicite (Nonaka, 1994) et solitaire. Dans la phase d'intuition, deux types de pratiques ont été identifiées : le dépistage et l'expérimentation.

Le dépistage est une pratique où l'infirmière se place en position d'observation et d'analyse du fonctionnement du réseau. Elle cherche à identifier les « erreurs de système » ou les situations où les clientèles souffrent d'un manque d'accessibilité, de continuité ou de coordination dans les services offerts. Cette pratique lui permet de constater que les systèmes d'action utilisés par les professionnels et les organisations ne sont pas efficaces dans la mesure où ils ne répondent pas aux besoins de la clientèle en temps opportun.

Le dépistage des « erreurs de système » permet à l'infirmière de s'interroger sur les aspects dysfonctionnels et de chercher les conditions qui pourraient améliorer la situation. Dans cette démarche, l'infirmière évalue sa capacité d'action face aux problématiques observées. Cette pratique permet de conceptualiser les situations problématiques, c'est-à-dire de passer de l'impression à l'identification des problèmes voire, à la formulation d'hypothèses pour améliorer une situation problématique.

La pratique d'expérimentation permet à l'infirmière d'élaborer des scénarios ou des façons de faire lui permettant d'apporter des corrections aux erreurs de système. Cette pratique lui donne l'occasion de questionner ses hypothèses et d'explorer des pistes de solution avant d'impliquer d'autres professionnels.

Malgré le caractère tacite et solitaire des pratiques intuitives, leur usage informe l'infirmière sur la nature de certains problèmes dans la mise en réseau, lui permet de raffiner son analyse et d'identifier des pistes de solutions. Elles permettent aussi à l'infirmière de bâtir des scénarios qu'elle sera en mesure éventuellement d'explicitier et d'expliquer par des pratiques stratégiques interprétatives.

Dans ce cas, le scénario consiste à déployer des stratégies réduisant les bris de communication au moment du congé hospitalier de la mère et de son nouveau-né. Pour y arriver l'ASI tente de se rapprocher du CH. Cette expérience lui permet d'une part, d'identifier les acteurs impliqués et les stratégies préparatoires à déployer et d'autre part, de prévenir l'occurrence des effets pervers ou de nouvelles « erreurs de système » dans les scénarios de changement qui seraient mis de l'avant. Le tableau 24 présente les pratiques identifiées ainsi que les apprentissages qu'elles génèrent.

Tableau 24 - Les pratiques stratégiques en phase d'intuition et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Dépistage	Identifie des conditions qui pourraient améliorer la situation. Évalue sa capacité d'action face aux problématiques observées. Conceptualise les situations problématiques <ul style="list-style-type: none"> • Exprime des hypothèses 	Individuel
Expérimentation	Questionne ses hypothèses et ses solutions Préviend de nouvelles « erreurs de système » ou des effets pervers dans les scénarios de changement qui seraient mis de l'avant	Individuel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'interprétation

La phase d'interprétation se caractérise par des actions qui visent à expliciter, expliquer, exposer et exprimer. Les pratiques qui y sont associées permettent la diffusion, la promotion ainsi que l'appropriation d'informations et d'idées. On constate aussi que ces pratiques impliquent plus d'un acteur. Dans ce cas, quatre types de pratiques stratégiques ont été identifiés. Il s'agit des pratiques de *promoteur du réseau*, de *consultante*, de *relais d'information* et de *négociateur*.

La pratique de *promoteur du réseau* emprunte plusieurs formes. Aussi, une des formes est la sensibilisation où l'ASI tente de faire voir aux membres de l'équipe multidisciplinaire, les problèmes qu'elle a dépistés dans la mise en réseau.

« Je pense dans un premier temps c'était à l'équipe de remarquer que nos interventions arrivaient trop tard. Oui les gens sont contents de nous voir, mais si on arrivait plus tôt, on serait drôlement plus efficaces et aidantes, très aidantes dans ce moment-là qui est très aiguë pour cette famille-là. Donc en fin de compte en parlant avec les autres infirmières de l'équipe, elles disaient, oui c'est vrai, moi aussi je remarque ça. » (Infirmière)

La pratique de promotion emprunte une forme que l'on pourrait qualifier de « marketing » dans le sens où l'ASI tente de vendre son idée en utilisant divers arguments et stratégies. Ainsi, elle fait la promotion de son projet non seulement dans son CLSC mais aussi au CH. Elle approche d'abord sa gestionnaire afin d'obtenir son aval et son soutien.

« Donc après ça, j'ai été voir la chef de service, je lui en ai parlé c'était le temps de parler de cet arrangement-là j'ai été la rencontrer et elle m'a dit, toi comment tu verrais ça ? Qu'est-ce que tu ferais ? » (Infirmière)

Tel que l'affirme la gestionnaire, l'ASI a pris soin de rejoindre les leaders qui sont susceptibles d'agir comme multiplicateurs.

« Dans la planification des changements, l'infirmière explicite ses buts et consulte les leaders; ces infirmières leader qui font circuler les messages positifs ou négatifs. » (Infirmière gestionnaire)

« Il faut aussi que tu fasses voir à ton partenaire que le service va être bien rendu. Le fait que tu impliqués les gestionnaires et les cliniciens qui sont là, ce sont des multiplicateurs. » (Infirmière gestionnaire)

Les pratiques de promoteur du réseau sont partagées par la gestionnaire du CLSC qui utilise de son côté, des données et des statistiques pour vendre l'idée que le projet de mise en réseau serait efficient et qu'il a un potentiel de réplication dans d'autres CLSC.

« Et on aime bien comment on fonctionne, on n'espère pas se faire imposer une autre façon de fonctionner et mes chiffres, même Monsieur X ne me croit pas qu'on visite 90% des mères et plus, et plus. Il dit voyons donc, ça ne se peut pas, tu me dis ça, mais c'est 70%. Mais j'ai dit, viens faire un tour, tu vas voir, on le fait. Tout est dans le comment tu présentes la chose aussi. Autrement dit, si je suis capable de montrer qu'on est les meilleurs, on a plus de chance dans le temps, de conserver nos acquis et qu'autrement dit, que notre modèle soit appliqué dans d'autres CLSC. » (Infirmière gestionnaire)

Une autre variante dans la pratique de promoteur du réseau a été identifiée chez l'ASI. Celle-ci s'exerce directement auprès de la clientèle dans la mesure où cette infirmière qui se rend à l'hôpital quotidiennement, explique aux nouveaux parents, les interventions effectuées par les infirmières du CLSC à leur retour à domicile. Elle fait ainsi, la promotion des services du réseau. Ses explications, en plus de rassurer les clients, font d'eux des alliés dans la mise en place de services plus intégrés en matière de continuité.

« Comme hier il y avait un monsieur (...), je lui dis qu'il y a une infirmière qui va aller les voir (lui, sa femme et son bébé). Il me dit comment je vais savoir que c'est elle, est-ce qu'elle a une carte d'identité ? J'ai dit monsieur, ne vous en faites pas, c'est clair, elle a une carte d'identité, vous pouvez lui demander. Donc j'ai dit à l'infirmière n'oublie pas ta carte d'identité cette journée-là. Je leur dis toujours (aux clients) : « Écoutez, on travaille en équipe, donc ça se peut que ce soit une autre infirmière qui aille vous voir parce que ce n'est pas toujours moi qui fait les visites et ça se passe bien. » (Infirmière)

Cette illustration a également permis d'identifier une seconde pratique, celle de *consultante*. Dans le contexte de la mise en place des services intégrés en périnatalité, l'ASI utilise tous les lieux d'échange avec les professionnels du CLSC ou du CH pour partager ses connaissances sur les services et particulièrement, sur l'intégration des services. Par exemple, au moment d'une référence du CH vers le CLSC, cette infirmière explique à sa collègue du CH les services du CLSC et des autres CLSC. Elle rappelle à cette infirmière les outils cliniques existants et particulièrement les plans d'enseignement. Elle tente d'influencer cette dernière sur l'importance de prioriser certains thèmes pendant la période d'hospitalisation.

« ...j'ai défait dans la tête de cette fille-là un énorme préjugé et là un préjugé qui concerne l'ensemble des CLSC parce qu'au fond en lui expliquant ce qu'on fait à domicile et les liens avec le CH, elle a compris que ce n'est pas juste notre CLSC. En espérant qu'elle aille semer la bonne nouvelle (...) Elle a appris aussi la limite, de cibler certaines choses qui sont importantes et des fois peut-être qu'elles le sont moins. Parce qu'ils ont une grande liste aussi à cocher à l'hôpital. (...) On aimerait mieux par exemple, qu'ils travaillent plus sur l'allaitement et nous (CLSC) on prendrait la suite pour d'autres choses. » (Infirmière)

L'ASI agit également comme consultante auprès des infirmières qui possèdent moins d'expérience. Elle les oriente et leur apporte du soutien dans leur travail. Elle leur permet aussi d'exprimer leurs besoins ou leurs appréhensions et les aide à trouver des stratégies d'interventions pertinentes.

« J'initie le nouveau personnel et quand les filles reviennent du domicile, les plus jeunes parce que, les plus vieilles sont quand même rodées et habituées, mais nos plus jeunes elles arrivent et elles nous disent, écoutes, j'ai été à domicile et regarde, il y a ça, ça et ça. O.k. qu'est-ce que tu as pensé faire? Et là, je les aide à s'orienter par rapport à nos objectifs (cf. projet d'intégration). » (Infirmière)

Enfin, l'ASI tout comme certaines infirmières du CLSC ont développé des liens de communication avec les infirmières du CH leur permettant de recourir à ces dernières dans certains cas.

« L'infirmière du CLSC consulte au CH en cas de doutes. » (03-01-11-01)

Par ailleurs, l'ASI a recours à une troisième pratique stratégique qui est au cœur même du projet qu'elle met en place pour permettre une meilleure continuité. Elle agit comme *relais d'information* en intervenant tant auprès des clientes qu'auprès du personnel hospitalier et du CLSC. Ainsi, l'ASI qui se présente au CH à tous les matins, échange avec les infirmières du CH et les clientes qui sont sur le point d'obtenir leur congé. Ces échanges lui permettent de recevoir des informations verbales qui ne seraient pas consignées lors des références au CLSC. Ces informations sont, dans beaucoup de cas, importantes pour assurer une bonne coordination des soins et des services. Aussi, l'ASI est en bonne position pour assurer le suivi efficace de ces informations vers les CLSC. De plus, ces situations lui permettent également d'agir comme consultante auprès des infirmières du CH afin que ces dernières ajustent leurs pratiques.

« L'infirmière du CLSC vient au CH à tous les matins. Elle parle aux infirmières du CH et fait le tour des patientes. » (Infirmière gestionnaire)

« Ça permet de faire de l'informel parce que des fois il y a des choses qu'ils ne veulent pas écrire sur une référence, mais ils me pistent. Des fois, j'ai dit c'est tellement gros, il faut que tu me fasses une référence et il faut que tu me le marques sur un papier. Donc moi je les accompagne presque. » (Infirmière)

« ... je suis en lien avec les infirmières du CLSC mais aussi le contact avec les autres infirmières (infirmières du CH) parce qu'elles me disent, c'est ton client? Et bien, je pourrais te donner des informations supplémentaire. Donc il y a l'information formelle et l'information informelle (...) La première des choses, elle me dit, je suis bien contente

qu'elle soit dans ton secteur parce que la petite madame elle est(...) et je ne sais pas comment ça va se passer chez elle, ça m'inquiète un peu. » (Infirmière)

L'ASI exerce aussi son rôle de relais d'information avec les clientes puisque après les avoir visité brièvement à l'hôpital, c'est elle qui les contacte à leur retour à la maison afin de leur donner un rendez-vous pour une visite à domicile. Ce contact téléphonique lui permet d'introduire l'infirmière qui effectuera la visite à domicile et de répondre aux appréhensions de ces clientes.

« ... et c'est toujours moi qui les appelle, je suis la même personne qu'ils ont vu à l'hôpital et je les rappelle ensuite c'est l'autre infirmière qui prend la charge. » (Infirmière)

Cette initiative d'intégration provoque des changements dans l'organisation du travail des infirmières du CLSC puisque la volonté de l'ASI et de sa gestionnaire est que toutes les infirmières s'impliquent à tour de rôle au CH, comme le fait l'ASI. Cette situation amène l'introduction de la pratique de *négociation* qui est effectuée principalement par l'infirmière gestionnaire. En effet, cette dernière fait le choix de discuter avec ses infirmières pour réaménager l'organisation du travail afin de favoriser les changements nécessaires à la mise en réseau.

« Donc ce que j'ai dit aux filles c'est : attendez-vous à des changements. Et là c'est sûr que ça brassait un peu autour de la table mais j'ai dit écoutez, comparez-vous aux filles de l'hôpital (...) Donc, c'est par la négociation qu'on y est arrivé. » (Infirmière gestionnaire)

L'influence des pratiques stratégiques interprétatives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Dans la phase d'interprétation, les idées qui ont émergé et qui ont été explorées individuellement sont partagées à d'autres acteurs du réseau dans le but de permettre une compréhension commune. Dans ce cas, quatre types de pratiques stratégiques sont identifiés dont celles de *promoteur du réseau, de consultant, de relais d'information et de négociateur*.

La pratique de promoteur du réseau vise l'équipe professionnelle, la clientèle et les organisations. L'action de sensibilisation ne se limite pas à un simple geste de transmission d'information. Elle privilégie une prise de conscience de la problématique par le groupe de professionnels visés. Cette action permet ainsi le passage de l'observation individuelle d'une erreur de système, au constat et à l'appropriation de cette dernière par le groupe d'acteurs concernés.

Les actions de promotion ont pour but d'informer et de générer un mouvement d'adhésion qui, éventuellement, se transformera en actions concrètes de la part des acteurs concernés. Aussi, pour satisfaire les différents types de public (intervenants professionnels ou non professionnels et gestionnaires) de différents milieux (CLSC, CH, cliniques médicales) les actions privilégiées par l'ASI et par la gestionnaire du CLSC sont diversifiées. Au plan de l'apprentissage organisationnel, la promotion du réseau permet d'atteindre les personnes visées en tenant compte de leur position dans l'organisation, de leur niveau d'influence, de leur connaissance de la problématique à résoudre et de leur niveau d'accès à l'information. Par exemple, l'ASI étant consciente que le changement ne peut s'effectuer si les infirmières du CH n'y adhèrent pas, ira à leur rencontre et s'adressera aussi aux clientes hospitalisées sur une base individuelle afin de s'assurer de la dissémination de l'information. Les clientes étant mieux informées, seront en mesure d'exercer, si nécessaire, une pression pour obtenir les services proposés. Par ailleurs, les infirmières du CH ayant été informées de façon personnalisée, seront mieux disposées pour effectuer des changements de pratique car elles auront établi un lien concret avec le CLSC ce qui est à la base de l'établissement d'un lien de confiance.

La seconde pratique identifiée est celle de consultante. Cette pratique, tantôt spontanée, tantôt planifiée est orientée particulièrement vers les infirmières faisant partie du projet d'intégration. Au plan de l'apprentissage organisationnel, cette pratique favorise la transmission des connaissances permettant une meilleure intégration des services incluant l'information relative aux outils existants et à leur utilisation. La consultante joue un rôle particulièrement important dans le contexte de mouvance des ressources dans les différents milieux de soins. Le soutien qu'elle offre aux nouvelles ressources et aux intervenants qui travaillent en satellite empêche l'érosion des savoirs incluant ceux reliés au projet d'intégration qui est en cours d'implantation. Cette pratique a donc une influence sur la pérennisation. La pratique de consultante a aussi une influence sur la crédibilité et sur la confiance puisque les infirmières du CLSC et du CH recourent les unes aux autres, selon les situations et les connaissances de chacune. Cette reconnaissance de leur expertise respective resserre les liens entre infirmières de CH et de CLSC et favorise ainsi un partage des connaissances et des pratiques et le développement d'un langage commun.

La pratique de relais d'information présentée dans ce cas est intéressante sur le plan de l'apprentissage organisationnel car elle vise des groupes d'individus en privilégiant une approche individuelle. En effet, dans cette illustration, l'infirmière du CLSC agit comme courroie de transmission entre chaque infirmière du CH et l'équipe du CLSC. Cette pratique permet, d'une part, d'atteindre l'objectif de continuité en accélérant la prise en charge dans les situations problématiques et d'autre part, elle permet l'ajustement et l'amélioration des informations transmises entre les professionnels et les établissements. Par ailleurs, la pratique de relais d'information permet de rassurer les partenaires en leur faisant bénéficier d'une rétroaction ce qui contribue à rehausser le niveau de confiance et d'adhésion à l'endroit du projet proprement dit. Le fait que l'infirmière intervienne individuellement auprès des infirmières et autres intervenants permet à cette dernière d'ajuster son message pour s'assurer de la meilleure compréhension de la part de ses interlocutrices.

La mise en place du projet d'intégration provoque des changements dans l'organisation du travail. Dans ce contexte, la négociation permet au groupe de faire des apprentissages. L'approche privilégiée étant de ne pas imposer une décision, la négociation passe par le partage d'informations et par l'écoute des propositions émanant du groupe d'infirmières. Cette pratique donne aux infirmières, le sentiment qu'on leur fait suffisamment confiance pour leur donner l'autonomie nécessaire afin de résoudre la situation. La pratique de négociation devient donc une stratégie pour stimuler la discussion et la réflexion de groupe autour de certains enjeux engendrés par un tel projet.

Les pratiques stratégiques identifiées dans la phase d'interprétation en plus de permettre à l'infirmière d'exprimer à ses collègues le projet qu'elle tente de mettre de l'avant, favorise l'approfondissement des idées. Les échanges entre acteurs permettent ainsi de raffiner et de préciser les différents aspects du projet et de tenir compte des spécificités et des enjeux de chaque groupe d'acteurs. Cet exercice rehausse le niveau de confiance entre partenaires et prédispose favorablement ces derniers face au projet qui se met en place. Ainsi, les acteurs, professionnels et gestionnaires peuvent se permettre d'envisager des actions communes. L'ensemble des pratiques et apprentissages relevé dans cette section est présenté au tableau 25.

Tableau 25 - Les pratiques stratégiques en phase d'interprétation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Promoteur du réseau	Identifie collectivement les « erreurs de système » Améliore les connaissances relatives au projet d'intégration Favorise l'adhésion des acteurs professionnels et organisationnels Stimule les collaborations avec des partenaires plus difficiles à rejoindre (ex. infirmières CH) Développe des liens de confiance	Groupe
Consultante	Améliorer les : <ul style="list-style-type: none"> • connaissances structurelles du réseau • compétences cliniques et réseau • connaissances et utilisation des outils Facilite l'échange des savoirs et des connaissances intra et inter-organisationnelles : <ul style="list-style-type: none"> • rehausse la reconnaissance – crédibilité • améliore la confiance • favorise le resserrement des rapports entre inf. CH-CLSC • favorise le travail en réseau Permet l'harmonisation du langage	Groupe
Relais d'information	Actualise des objectifs du projet d'intégration Facilite l'ajustement et l'amélioration des informations transmises entre les professionnels et établissements Rassure les partenaires <ul style="list-style-type: none"> • ↑ confiance • ↑ adhésion au projet 	Groupe

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Négociatrice	Stimule la discussion et la réflexion de groupe autour des enjeux du projet Assure la circulation d'information sur : <ul style="list-style-type: none"> • le fonctionnement des budgets • les balises à respecter • la situation des autres établissements Favorise l'expression de propositions <ul style="list-style-type: none"> • autonomie organisationnelle • améliore le sentiment de confiance 	Groupe

Les pratiques stratégiques dans la phase d'intégration

La phase d'intégration se caractérise par des actions ou des projets communs. Dans cette phase, un ou des groupes d'acteurs tentent de coordonner et d'ajuster leurs actions. Ces derniers s'engagent dans un processus collectif d'entraide et d'échange. Les pratiques stratégiques qui en ressortent, visent particulièrement la continuité et la coordination des soins et des services aux parents dans la période postnatale. Les pratiques stratégiques intégratives identifiées dans cette phase sont : *la mobilisation et l'organisation d'activités*.

L'infirmière gestionnaire a recours à la pratique de *mobilisation*. La mobilisation emprunte plusieurs formes de la plus simple à la plus subtile. Elle passe par le simple encouragement où l'infirmière gestionnaire cherche à identifier les champs d'intérêt des infirmières et soutient ces dernières dans leur investissement professionnel tout en tenant compte de l'équipe.

« On est une équipe, on travaille en équipe et j'ai dit, à moins de ne pas avoir le choix, jamais j'impose de décisions. Je leur dis, voilà les critères, les limites, les possibilités, qu'est-ce qu'on fait avec ? Ça fait qu'on a sorti des affaires bien l'un comme par exemple; on a adapté nos outils pour réduire certaines choses, on a mis en place des mécanismes pour faciliter la communication. » (Infirmière gestionnaire)

Par exemple, dans le projet de collaboration CLSC-CH, la gestionnaire a d'abord confirmé le statut d'ASI à l'infirmière qui l'avait mis de l'avant ce qui a démontré une double reconnaissance relativement au projet comme tel mais aussi à la professionnelle qui l'a élaboré.

« (...) c'est important de mettre les bonnes personnes à la bonne place. Quand je suis arrivée ici, X jouait un rôle d'assistante mais de façon informelle. Alors elle était déjà

identifiée comme un leader naturel par ses paires. Et moi, je lui ai donné un poste officiel (ASI). C'est une fille qui a travaillé dans le quartier, c'est une fille qui est très compétente (...) » (Infirmière gestionnaire)

L'infirmière gestionnaire connaît les infirmières et a une vision claire de leurs intérêts et de leurs forces. Elle arrive à juxtaposer leurs intérêts professionnels avec la planification des services. Aussi, elle stimule certaines infirmières intéressées à s'impliquer dans les services de suivi pour les femmes qui allaitent contribuant ainsi, à consolider les liens de continuité entre le CH et le CLSC.

« ... je reconnais chacune de mes professionnelles pour certaines forces. » (Infirmière gestionnaire)

« J'essaie aussi de développer, d'amener les infirmières à voir ce qu'elles aiment faire et à développer cette expertise-là chez elle ce qui fait que le tout est plus que la somme de ses parties autrement dit. J'en ai deux par exemple, qui sont vraiment, vraiment impliquées dans l'allaitement... » (Infirmière gestionnaire)

La mobilisation passe aussi, pour cette gestionnaire, par la reconnaissance de l'autonomie. De fait, cette dernière affirme que d'accorder une marge de manœuvre est profitable pour l'organisation et, par extension, pour le projet de réseau. Cette marge de manœuvre porte un potentiel d'expérimentation individuel et collectif donc, d'innovation.

« Le fait aussi de leur laisser la latitude et de dire moi, quand elles pensent quelque chose ou qu'elles pensent que ça pourrait être profitable et pour l'organisation et pour l'intervenant, je vais les encourager. » (Infirmière gestionnaire)

L'organisation d'activités représente la seconde pratique stratégique. Par exemple, l'ASI organise des échanges entre les infirmières du CH et celles du CLSC afin qu'elles soient sensibilisées au vécu de leurs collègues et qu'elles aient une connaissance plus fine des services. L'organisation de ces échanges entre le CH et le CLSC est en soi, un exercice de coordination nécessitant la participation de tous les intervenants concernés. De plus, les informations qui émanent de ces échanges inter-établissements apportent du matériel neuf pour permettre à l'équipe de travailler de concert pour améliorer, consolider ou préciser leur offre de service.

« On a fait des échanges, les filles qui font des cours en périnatales sont allées passer des journées en centre d'accouchement et on a fait venir, l'échange était pour ça. Ils ont découvert de part et d'autre, un monde complètement différent. » (Infirmière)

« J'avais été à l'hôpital X une journée et il y a une fille de l'hôpital qui est venue ici. Elle me dit : « Quand je te fais une référence, qu'est-ce que tu fais avec ça toi ? Est-ce que tu

vas la voir la cliente? » (...) Donc là je lui ai montré, nous, qu'est-ce qu'on était pour faire avec cette cliente-là, qu'on a des auxiliaire familiale des fois qui peuvent accompagner, elles font la visite. Ensuite, dépendant des problématiques qu'elle a, je peux aussi la référer au travailleur social. On peut essayer de voir avec elle, la rentrer dans certains organismes communautaires qui vont faire qu'elle va créer des liens. (...) Elle, elle pensait qu'on décidait si on allait les voir ou pas. J'étais revenu ici et j'étais estomaqué. » (Infirmière)

L'ASI organise aussi des rencontres d'échange entre les infirmières et les autres professionnels du CLSC afin de discuter du projet de réseautage avec le CH. Les sujets abordés sont relatifs au fonctionnement et aux outils utilisés. Bien que dans plusieurs cas, elle assure les suivis auprès de la gestionnaire de son CLSC ou auprès du CH, tous les membres de l'équipe sont mis à contribution dans le partage d'idées et dans les propositions.

« Des fois je trouve qu'il y a des choses qui fonctionnent plus ou moins bien donc, je demande aux filles si elles voient une difficulté parce que moi je vois qu'on travaille en équipe mais souvent c'est moi qui va partir comme on dit la machine et qui va souvent finaliser le produit. » (Infirmière)

« Les outils de travail qu'on a, c'est souvent moi qui va les regarder avec les filles, avec les idées des filles je vais essayer de le mettre sur papier et on le retravaille ensemble. » (Infirmière)

Les échanges au sein de l'équipe multidisciplinaire du CLSC sont organisés sur une base régulière par l'ASI ou par l'infirmière gestionnaire. Dans le cadre de ces activités d'échange, les participants réfléchissent et discutent notamment des objectifs à atteindre et de leurs zones de complémentarité ou de chevauchement.

« C'est sûr que je vais chercher à favoriser la communication entre les différents intervenants. Il y a une rencontre avec tous les intervenants, on parle et on détermine les objectifs et tout ça. Je dirais que s'il y a une situation qui demande un suivi social, souvent, c'est plus le social qui y va et là, l'intervenant social qui devient le pivot. Je ne peux pas dire que c'est officiellement, mais naturellement ça se fait comme ça. » (Infirmière)

« Il y avait quatre infirmières, moi et une auxiliaire familiale. Il y a une concertation intense entre nous alors donc il y a des liens qui se sont créés avec des infirmières et on partage je dirais peut-être une philosophie d'intervention auprès des familles, une vision du développement de l'enfant, de comment on supporte un parent par rapport à l'attachement, on a des liens cliniques. » (Travailleuse sociale)

Tel qu'énoncé par une répondante, les rencontres organisées par l'ASI et l'infirmière gestionnaire permettent aussi de résoudre au sein de l'équipe, certains problèmes ou situations litigieuses.

*« Elles privilégient de régler les situations litigieuses immédiatement en mettant en présence les professionnels concernés. Après des règlements satisfaisants, les professionnels dans les prochaines situations n'ont plus besoin de passer par leur chef. »
(Travailleuse sociale)*

L'influence des pratiques stratégiques intégratives sur le processus d'apprentissage organisationnel

Les pratiques stratégiques intégratives permettent aux acteurs d'ajuster leurs actions et de mieux se coordonner. Comme la phase d'intégration se situe en continuité avec la phase d'interprétation, les actions qui s'en dégagent représentent la concrétisation des idées partagées et convenues entre les acteurs. Les pratiques d'agent mobilisateur et d'organisateur d'activités identifiées dans ce cas sont susceptibles de générer des apprentissages favorisant la coordination des actions entre les groupes d'acteurs.

Dans le cadre de sa pratique d'agent mobilisateur, l'ASI travaille d'une part, avec les membres de son équipe à identifier leurs champs d'intérêts et à les faire valoir dans les projets d'équipe, et d'autre part, elle leur reconnaît un niveau d'autonomie professionnelle leur permettant de démarcher auprès des collègues de leur organisation ou des autres établissements, pour faire évoluer concrètement ces intérêts. L'approche privilégiée ainsi que le choix des projets, en plus de stimuler la créativité, contribuent au développement des compétences collectives. Cette capacité de juxtaposer les intérêts professionnels avec l'organisation des services ouvre la porte à un travail d'équipe favorisant l'évolution vers une plus grande intégration clinique.

Les activités organisées par les infirmières sont également une source d'apprentissage organisationnel. Ces activités permettent de créer un lieu concret de rapprochement entre les professionnels du CLSC et entre ceux du CLSC et du CH facilitant ainsi, les échanges sur les pratiques et sur la façon dont s'organisent les services. Ces échanges peuvent être vus comme un espace de partage sur les stratégies d'actions organisationnelles laissant place à des ajustements, parfois spontanés, dans les façons de faire dans et entre les établissements. L'organisation d'activités permet donc de collectiviser les propositions et les pistes d'actions pour améliorer le projet d'intégration. Cet exercice devient alors une occasion privilégiée pour permettre aux infirmières et aux autres professionnels de mieux situer leurs rôles respectifs.

L'organisation d'activités représente une pratique permettant aux acteurs de mieux se connaître à partir de situations concrètes. De ce fait, ces échanges entre les acteurs contribuent à réduire les préjugés et à rehausser le niveau de confiance et par conséquent, à développer des alliances. Aussi, ces activités ouvrent à la réflexion collective en cours d'action, sur l'action en cours et à l'expérimentation de nouvelles pratiques organisationnelles et inter-organisationnelles ou de pratiques renouvelées (reconceptualisées). Les solutions qui émergent de cette dynamique collective représentent une expérience qui porte un potentiel d'institutionnalisation. Une synthèse des pratiques et des apprentissages qui en découle est présentée au tableau 26.

Tableau 26 - Les pratiques stratégiques en phase d'intégration et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Agent mobilisateur	Contribue à identifier et partager les champs d'intérêts Dissémine le projet d'intégration <ul style="list-style-type: none"> • partage des responsabilités • fait rayonner le projet d'intégration • contribue à la conceptualisation du réseau de services postnataux au niveau régional Développe les compétences collectives	Groupe

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Organisatrice d'activités	<p>Partage des stratégies d'actions organisationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajuste des stratégies d'action organisationnelles et inter organisationnelles • collectivise les propositions et les pistes d'actions pour améliorer le projet d'intégration • précise les rôles des professionnels et établissements <p>Améliore les connaissances à partir de situations concrètes et contribue à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diminuer les préjugés • augmenter la confiance • développer des alliances <p>Favorise une réflexion collective en cours d'action, sur l'action en cours</p> <p>Résout des problèmes ou situations litigieuses</p> <p>Favorise les rapprochements interprofessionnels, intra et inter établissements</p> <p>Permet l'expérimentation collective de nouvelles pratiques organisationnelles (reconceptualisation)</p>	Groupe Organisationnel

Les pratiques stratégiques dans la phase d'institutionnalisation

L'institutionnalisation se reconnaît à la récurrence des actions et des processus conduisant à une certaine standardisation. L'institutionnalisation est associée aux systèmes régulant les structures organisationnelles. Toutefois, bien qu'elle réfère aux systèmes régulateurs, on ne peut occulter que l'institutionnalisation s'actualise grandement par la récurrence du comportement et du fonctionnement des individus dans l'organisation (routinisation) et par leur généralisation. Les pratiques identifiées dans la phase d'institutionnalisation sont celles de *formatrice* et de *mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante*.

Les données recueillies par l'analyse documentaire ont permis de recenser des documents d'orientation (MSSS, 1999; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001) et des guides de pratiques (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003) qui établissent les règles de fonctionnement du réseau. Les orientations formulées par l'organisme de gouverne sont cohérentes avec celles des établissements qui ont mis en place le projet d'intégration décrit dans cette étude et consécutivement à la diffusion de ces documents, des formations ont été organisées au niveau régional, tant pour les infirmières des CLSC que pour celles des CH. Certaines infirmières sont ainsi appelées à *participer aux formations régionales* sur les modalités d'articulation CH-CLSC-médecins traitants pour la période postnatale. Ces formations régionales représentent un passage d'une initiative d'intégration locale qui s'est structurée de façon graduelle à la structuration d'un réseau de services postnataux régional. L'apport de ces infirmières réside dans la conception de contenu et dans le transfert de connaissances pratiques.

« Après ça (la mise en place du projet d'intégration CLSC-CH) j'ai beaucoup impliqué une autre infirmière dans le virage périnatalité avec la Régie au niveau des formations. Parce que je trouve qu'on a développé une belle expertise et je me dis, on va pouvoir en faire profiter les autres et en même temps, ... » (Infirmière gestionnaire)

« Par exemple dans les visites précoces on a commencé ça ici depuis longtemps. Aussi c'était quand on allait dans les formations, ils nous présentaient ça comme maintenant on va faire ça, mais nous autres c'était déjà fait. Alors c'est là qu'on s'est dit qu'on sentait que les autres avaient à pédaler pour mettre ça en fonction alors que nous ça faisait partie de notre réalité. » (Infirmière)

La récurrence et la généralisation se manifestent par des actions visant la *mise en œuvre des principes et des règles dans la pratique courante*. De fait, l'analyse des entrevues met en évidence le consensus sur les finalités du projet d'intégration, à savoir que la majorité des professionnels du CLSC et du CH impliqués dans le projet expriment clairement et endossent sans réserve les arguments qui ont conduit à la mise en place de ce dernier. Les infirmières affirment en outre que ce projet a des visées de continuité avec le CH et dans les services dispensés par le CLSC. De plus, les infirmières précisent que ce projet cherche à favoriser un contact direct avec les clientes pour permettre un transfert personnalisé entre le CH et le CLSC. Enfin, plusieurs répondants font état que ce projet a pour objectif de répondre plus rapidement aux clientes à leur retour à la maison.

« Alors à un moment donné on a décidé d'essayer de favoriser qu'il y ait un suivi. Et même on est allé plus loin parce qu'on est allé au CH X pour essayer d'avoir un lien avec l'hôpital, rencontrer les mères de notre secteur pour leur dire, il y a quelqu'un qui va aller vous voir à la maison, faire un premier contact. Donc on est en contact avec notre partenaire hospitalier. (Infirmière)

Cette pratique de mise en œuvre des règles et principes dans la pratique courante se manifeste par des rencontres quotidiennes avec le personnel du CH et les clientes où l'ASI du CLSC rappelle les règles de fonctionnement tout en précisant les principes sous-jacents à cette démarche d'amélioration de la continuité. Ainsi, l'ASI, qui a un mandat plus large et une connaissance pointue de tous les services du CLSC peut assurer le cheminement des références de façon plus fluide à l'intérieur de son CLSC.

« Chaque infirmière du CH est responsable de faire la liaison avec le CLSC et l'infirmière du CLSC (ASI), elle s'assure de faire des transferts plus « personnalisés ». C'est rassurant pour les patientes et c'est facilitant aussi pour nos infirmières parce qu'elles ne peuvent pas connaître tous les services disponibles au CLSC. » (03-01-11-01)

L'influence des pratiques stratégiques d'institutionnalisation sur le processus d'apprentissage organisationnel

Dans la phase d'institutionnalisation, les pratiques stratégiques constatées génèrent des apprentissages organisationnels à différents niveaux. Ainsi, l'infirmière qui se voit octroyer la responsabilité d'ASI, lui donne le signal que ses démarches sont entérinées et soutenues par la direction de son établissement. Cette fonction lui apporte une plus grande autonomie organisationnelle, particulièrement à l'endroit du CH et des autres équipes de travail du CLSC. Ainsi, cette infirmière peut utiliser cette marge de manœuvre pour exercer différentes pratiques stratégiques qui ont été décrites particulièrement dans les phases d'interprétation et d'intégration.

Par ailleurs, l'expérience acquise dans le cadre de ce projet d'intégration fait en sorte que les infirmières du CLSC sont dans une excellente position pour contribuer à la mise en place de la démarche d'intégration régionale puisque cette dernière comporte plusieurs similarités avec le projet d'intégration dans lequel elles sont déjà impliquées. Au plan de l'apprentissage organisationnel, la contribution des infirmières dans la conception de ces formations repose sur l'identification des procédures et des pratiques cliniques qui ont favorisé les objectifs de l'intégration dans le cadre de leur projet d'intégration. Le

partage de cette information, enrichi d'exemples tirés de leur expérience, permet l'uniformisation de l'information sur le fonctionnement du réseau et concourt ainsi à la formalisation du projet régional. Ces pratiques favorisent ainsi l'élargissement de l'institutionnalisation en rejoignant de nouvelles organisations.

La situation décrite précédemment permet de constater qu'une bonne partie des infirmières et des autres professionnels ont intériorisé les principes et les objectifs du projet d'intégration et qu'ils en font maintenant une pratique courante. Ces derniers ont incorporé les nouvelles pratiques dans leur travail quotidien et ces pratiques sont devenues des automatismes puisqu'ils les effectuent spontanément, comme si le projet d'intégration avait toujours existé. Dans cette illustration, l'institutionnalisation s'est réalisée d'abord par l'influence de certains acteurs dont, principalement l'ASI qui a joué un rôle clé. Par la suite, les orientations inscrites dans la documentation régionale sont venues rassurer et encourager les professionnels concernés, ce qui a contribué à l'ancrage de ces pratiques. Ces pratiques ainsi que les apprentissages qui y sont reliées sont présentées au tableau 27.

Tableau 27 - Les pratiques stratégiques en phase d'institutionnalisation et leur influence sur l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Pratiques stratégiques	Influence sur l'apprentissage organisationnel	Niveau
Formatrice	Favorise le passage du projet d'intégration à une échelle régionale Uniformise l'information sur le fonctionnement du réseau Élargit le spectre du réseau à de nouvelles organisations	Groupe Organisationnel
Met en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante <ul style="list-style-type: none"> • Intégration graduelle et naturelle des règles 	Favorise la dissémination des pratiques stratégiques Permet l'ancrage des orientations et des pratiques Favorise l'automatisation des pratiques	Groupe Organisationnel

Ressources individuelles

Un certain nombre de ressources individuelles de nature personnelles et professionnelles sont susceptibles d'influencer le développement et l'utilisation des pratiques stratégiques chez les professionnels du réseau. Les ressources personnelles identifiées sont les *habiletés relationnelles*, le *jugement*, le *professionnalisme* et le *leadership*. La *vision* et les *valeurs*, l'*expérience*, les *connaissances*, la *confiance* et l'*autonomie* sont, pour leurs parts, associés aux ressources professionnelles. Ces dernières sont illustrées au tableau 28.

Selon les répondants à l'étude, les *habiletés relationnelles* comprennent un certain nombre d'éléments nécessaires pour favoriser la mise en réseau dont l'expression orale mais aussi, l'ouverture et la capacité de se centrer sur la clientèle (patient ou partenaire). Les *habiletés relationnelles* comprennent aussi la capacité d'aller vers les autres. Pour certains répondants, la transparence est un aspect important sur le plan relationnel.

« ...d'être capable de communiquer avec les gens, d'avoir une facilité au niveau de la communication orale. Ça c'est clair. D'avoir une grande ouverture. Il faut avoir à cœur... j'ai réellement à cœur la clientèle et ça c'est mon objectif. C'est d'arriver à être centré sur sa clientèle, ne jamais la perdre de vue. C'est d'aller aux rencontres, de parler et de faire des contacts avec certaines personnes. » (Infirmière gestionnaire)

« J'ai toujours été toujours bien, bien transparente avec eux autres (les professionnels de son équipe) C'est important pour nos communications. » (Infirmière gestionnaire)

Le *jugement* est perçu également comme une ressource individuelle importante. Dans le cas du *jugement*, les répondants l'associe à la démarche réflexive telle que décrite par Schön (1994) qui fait référence à la capacité d'autocritique de la part du praticien c'est-à-dire, à sa capacité de réfléchir en cours d'action et sur l'action en cours.

« D'être autocritique, d'être capable de l'admettre ou d'être capable de corriger l'erreur, de se mettre en action pour se diriger dans un autre sens. » (Infirmière)

Quant au *professionnalisme*, il est associé à la rigueur, à la curiosité intellectuelle et à l'affirmation de soi. Les répondants l'associent aussi à la capacité de reconnaître et d'exprimer ses limites et de requérir de l'aide lorsque nécessaire.

« Et se prendre au sérieux c'est de faire son travail sérieusement mais c'est aussi connaître ce qu'on a à connaître, savoir ce qu'il faut savoir, faire les liens qu'il faut faire et être capable de se lever et de dire à quelqu'un je ne suis pas d'accord. » (Infirmière)

« ... être capable de se donner des limites et d'être bien avec ça aussi. » (Infirmière gestionnaire)

« ...d'être capable aussi d'aller mettre des limites et d'aller chercher de l'aide. » (Infirmière gestionnaire)

Le *leadership*, tel que décrit par certains répondants, est une ressource individuelle reliée aux habiletés relationnelles, à la mobilisation et à la volonté. Les infirmières parlent de cette ressource comme d'une forme de pouvoir qui permet la réalisation du projet et l'atteinte des résultats pour la clientèle.

« Il ne faut pas que tu ais peur de foncer, il faut que tu aies beaucoup d'initiative, il faut que tu ais les yeux ouverts pour voir ce qui va et voir ce qui est à améliorer. » (Infirmière)

« Il faut avoir de la « drive », être capable de faire des liens, être un leader d'épisode de soins. Quelqu'un qui a aussi beaucoup de compassion et qui aime ça et qui est dynamique. » (Infirmière gestionnaire)

« Ce n'est pas nécessairement par ordre d'importance, mais je dirais le leadership qui part de la sensibilité, de la sensibilité aux gens, de l'ouverture aussi à la collaboration, du dynamisme aussi, de vouloir s'impliquer, d'avoir du cœur au ventre aussi. Je ne sais pas comment décrire ça trop, trop, mais en anglais ils disent du « guts », le goût de travailler, de s'impliquer, d'en mettre un peu plus, le goût d'en faire un peu plus. » (Infirmière)

« Les actions que je vais faire c'est directement au niveau de la clientèle, c'est d'essayer de mettre des structures qui favorisent ça. De mettre des structures à partir des contraintes qu'on a malgré tout, pour faire en sorte que les structures viennent renforcer ce pouvoir-là qui doit être redonné à la clientèle. » (Infirmière gestionnaire)

La *vision* et les *valeurs* occupent un espace important dans les ressources individuelles et bien que la plupart des valeurs identifiées dans cette étude soient liées à des aspects professionnels, il n'en demeure pas moins que certains répondants ne peuvent dissocier les valeurs personnelles et professionnelles.

« Ces valeurs-là, c'est autant au niveau professionnel qu'au niveau personnel, avoir un réseau ça aide à cheminer. » (Infirmière gestionnaire)

Le projet d'intégration décrit dans ce cas est porté d'abord et avant tout par l'ASI et sa gestionnaire qui se qualifient de visionnaire dans la mesure où elles ont été à l'avant-garde en mettant en place en premier, un projet qui répondait en tout point aux nouvelles attentes des organismes de gouverne. La gestionnaire du CLSC se reconnaît d'ailleurs comme une personne visionnaire.

« Je te dirais aussi qu'une de mes forces c'est peut-être d'être visionnaire. » (Infirmière gestionnaire)

La vision véhiculée par ces infirmières et endossées par les autres professionnels impliqués dans ce projet d'intégration réfère principalement à la continuité des services de même qu'à l'accompagnement personnalisé de la clientèle.

« Dans un premier temps pour moi des services intégrés c'est qu'il y ait un suivi du début jusqu'à la fin du service. (...) Moi, « intégré » ça me fait penser à continuité de services. Des fois, on change des mots mais c'est la même affaire. » (Infirmière)

« L'intégration c'est le client qui lui est dans un système et que si possible il y ait quelqu'un qui l'accompagne dans ce système-là et qu'il fasse un lien. » (Infirmière)

« Ça part, je pense, d'une philosophie ou d'une approche. Moi j'ai toujours visé la continuité. Autrement dit de découper le moins possible les familles dans différents programmes. » (Infirmière gestionnaire)

« L'intégration pour moi, ça veut dire qu'il y a une continuité au niveau des services offerts versus les besoins de la clientèle entre les partenaires. (...) que la clientèle ne se retrouve pas dans le vide en attente d'un téléphone qui n'arrive jamais ou mal informé et il ne vient pas demander non plus de service. (...), ça me parle de centrer sur le client, que le client comprenne notre réseau, comment il fonctionne et qu'il soit dirigé vers les bonnes ressources. » (Travailleuse sociale)

« Et je pense aussi quand on parle d'approche intégrée aussi c'est d'arriver aussi à donner, accompagner, mais ne pas faire à la place de l'autre. » (Infirmière gestionnaire)

Par ailleurs, le travail en équipe multidisciplinaire est une autre valeur importante notamment, pour la gestionnaire du CLSC. La complémentarité interprofessionnelle apparaît pour cette dernière, comme un moyen privilégié pour voir la situation du client de façon globale.

« Donc avoir vraiment une habileté pour travailler en multidisciplinaire. Avoir aussi... voir plus large que juste le bobo qui est assis en avant de toi, l'approche systémique finalement. Si tu vois la personne dans sa globalité, la personne, la famille... il faut que tu connaisses les autres champs de pratiques ou qu'en tout cas tu sois au courant de leur existence et comment les utiliser. » (Infirmière gestionnaire)

Dans le champ des valeurs, le respect est significatif pour les infirmières. Aussi, ces dernières considèrent que le respect est impliqué autant dans le rapport avec les clients qu'avec les collègues. L'application de cette valeur crée un climat d'ouverture entre les professionnels ce qui permet aux infirmières de dépasser les frontières professionnelles traditionnelles et d'explorer de nouvelles pratiques.

« Je dirais aussi dans mes valeurs beaucoup le respect, de partir d'où sont les gens et d'essayer de les faire cheminer et aussi une autre valeur c'est aussi de croire qu'on ne peut pas tout faire. » (Infirmière gestionnaire)

« On se respecte beaucoup, on accepte que l'autre joue dans nos zones grises. Autrement dit, que la travailleuse sociale parle un peu de contraception, mais que l'infirmière fasse du psychosocial avec une mère qui est en post-partum. » (Infirmière gestionnaire)

Par ailleurs, l'expérience est identifiée comme une autre ressource individuelle non négligeable dans l'émergence et le recours aux pratiques stratégiques. L'expérience a une influence sur d'autres ressources individuelles décrites ci-après telles que la confiance et la crédibilité. Dans ce cas, l'ASI travaille dans ce CLSC depuis plus de dix ans et auparavant, elle a travaillé dans divers milieux de soins tant en milieux urbains et qu'en régions éloignées. Au fil des années, elle a acquis une solide expérience lui conférant une certaine crédibilité aux yeux de ses collègues infirmières et des autres professionnels du CLSC. La variété et la richesse des expériences sont d'ailleurs vues par plusieurs répondants, comme un apport à la mise en place du projet d'intégration.

« La plupart, on a un bagage aussi, on n'a pas toutes travaillées en petite-enfance toute notre vie, on a vécu des choses à côté et c'est de se servir de ça aussi et ne pas dire, parce que je travaille en prévention et promotion que ces connaissances-là je ne peux pas m'en servir. »(Infirmière)

Les différents types de connaissances font également partie des ressources individuelles qui peuvent agir sur le degré de confiance. En l'occurrence, l'ASI, en plus de détenir des connaissances dans son champ clinique, possède une excellente connaissance de la clientèle qu'elle dessert, des ressources communautaires et institutionnelles du territoire ainsi que des ressources médicales du CLSC et des cliniques environnantes. De plus, sur le plan personnel, cette infirmière qui évolue dans un quartier hautement multiethnique, parle couramment le français, l'anglais et l'espagnol, lui facilitant d'autant, le contact avec la clientèle. Elle connaît aussi les habitudes culturelles de plusieurs ethnies, ce qui lui permet d'ajuster ses interventions cliniques dans le but d'obtenir la collaboration des clients.

« On a travaillé à développer une plus grande expertise au niveau de l'allaitement. » (Infirmière gestionnaire)

« Je les connais les gens, ils me connaissent les gens, ça fait longtemps que je suis ici. Donc ça, ça aide aussi le réseau à fonctionner. » (Infirmière gestionnaire)

Par ailleurs, l'ASI étant connue et reconnue par les autres services de son CLSC, peut mettre ses connaissances à contribution auprès de ces derniers.

« Les filles d'Info-Santé nous connaissent donc elles disent, écoute je te réfère une question pointue sur la situation d'un bébé parce que ça me dépasse. » (Infirmière)

Les connaissances de la clientèle et des ressources sont certes importantes mais d'autres connaissances telles que la connaissance de ce que devrait être un réseau de services intégré semble tout aussi important dans la mise en place du projet d'intégration.

« Je vais vous dire c'est qu'ici il y a eu SIPA, moi j'ai fait des cours de gestion au niveau de la relève et j'ai une idée de ce que c'est un réseau intégré quand on parle qu'on s'en va vers ça, moi c'est évident qu'on ne peut pas faire autrement. » (Travailleuse sociale)

Tel que décrit précédemment, l'expérience et les connaissances rendent l'infirmière plus crédible aux yeux de ses collègues et prédisposent ces derniers à lui faire confiance. Cette confiance et cette crédibilité se manifestent par le fait que les professionnels du CLSC et du CH (infirmières ou autres), font référence à elle spontanément et régulièrement à cause notamment de son expertise en périnatalité dans la communauté.

Outre les conditions énoncées précédemment, il appert que la confiance et la crédibilité seraient tributaires du temps, d'une certaine stabilité et d'opportunités d'échanges qui peuvent faciliter les rapports entre les individus.

« Les infirmières du CH ont appris avec le temps, à faire confiance au CLSC. » (Infirmière gestionnaire)

« Il y a une meilleure communication entre les CH et les CLSC, on se parle plus, on se connaît plus et je pense que le lien de confiance entre le CH et le CLSC est en train de se consolider aussi parce qu'ils voient qu'on va à l'hôpital. Tout est dans l'approche. » (Infirmière gestionnaire)

La dernière ressource individuelle qui peut être mise en relation avec la confiance dans ce cas est *l'autonomie*. L'autonomie est une ressource professionnelle liée au jugement et à la confiance en soi parce que l'infirmière du CLSC, bien qu'elle ait établi des liens fonctionnels avec les infirmières du CH, se retrouve seule à domicile. Elle doit prendre les bonnes décisions pour le client et aussi, elle doit juger du bon moment et de la bonne façon pour se placer en réseau avec ses collègues du CLSC ou du CH selon les situations ce qui peut influencer sur le niveau de confiance interprofessionnelle.

« Quand on est face à une situation dans l'équipe, on va dire, qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a des idées ? Il y a de l'espace pour discuter d'abord. Ensuite il y a de l'espace pour essayer des nouvelles choses. Il y a aussi je dirais... je ne sais pas comment appeler ça, mais on n'est pas contrôlé comme professionnel. Il y a un encadrement bien sûr, mais on a une certaine autonomie qui fait qu'on a le goût d'aller

plus loin, il y a de l'espace pour essayer de mettre en place certaines idées, voir si ça fonctionne. Il y a de l'espace pour ça. Il y a un climat de confiance je dirais. (...) Il y a eu une évolution, une prise en charge, une implication. Il y a de l'espace pour créer des choses ensemble. » (Infirmière)

Tableau 28 - Les ressources individuelles qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Ressources personnelles	Ressources professionnelles
<p style="text-align: center;">Vision et valeurs professionnelles et personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuité des services • l'accompagnement personnalisé de la clientèle • travail en équipe multidisciplinaire • respect 	
<p>Habiletés relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • expression orale • ouverture aux autres (clients, partenaires du réseau et autres partenaire) • capacité de se centrer sur la clientèle (patient ou partenaire) • capacité d'aller vers les autres (démarcher) • transparence 	<p>Expérience</p>
<p>Jugement</p> <ul style="list-style-type: none"> • démarche réflexive 	<p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> • clinique • clientèle <ul style="list-style-type: none"> ○ culturelle ○ linguistique • Ressources <ul style="list-style-type: none"> ○ Communautaires ○ Institutionnelles ○ Médicales • réseau de services intégré
<p>Professionalisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • rigueur • curiosité intellectuelle • l'affirmation de soi • reconnaître et d'exprimer ses limites • requérir de l'aide 	<p>Crédibilité – confiance</p> <ul style="list-style-type: none"> • expertise • temps • stabilité • d'opportunités d'échanges
<p>Leadership</p>	<p>Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • jugement • confiance en soi

Facteurs organisationnels

Plusieurs facteurs organisationnels sont susceptibles d'influencer l'émergence et l'utilisation des pratiques stratégiques soutenant les apprentissages aux niveaux individuel, de groupe et organisationnel. Certains de ces facteurs proviennent directement des organisations impliquées dans cette étude de cas et d'autres, d'organisations extérieures au projet d'intégration proprement dit. C'est ainsi que se délimitent les facteurs organisationnels internes et externes qui sont présentés en synthèse au tableau 29.

Dans les facteurs organisationnels internes, le plus important est le poste d'assistante du supérieur immédiat (ASI) qui a été officialisé et octroyé à l'infirmière bachelière qui a imaginé et mis en place le projet de collaboration avec le CH. La formalisation de la fonction d'ASI a été perçue par sa titulaire comme une reconnaissance et comme un appui au projet et il en a été de même pour les membres de l'équipe au CLSC et pour les professionnels et gestionnaires tant du CLSC que du CH. Cette décision a été vue comme la traduction d'une volonté du CLSC de concrétiser un rapprochement avec le CH.

En réponse à cette démarche de la part du CLSC, le CH a raffermi le rôle de la gestionnaire en lui confirmant une responsabilité de sensibilisation et de promotion auprès du personnel hospitalier dans la mise en place de ce projet d'intégration.

« L'infirmière chef utilise son autorité pour sensibiliser les infirmières du département et stimuler des changements de pratiques. » (Infirmière gestionnaire)

La *volonté* est un facteur organisationnel qui se matérialise certes, par la légitimation de postes ou de fonctions dédiés mais dans ce cas, cette volonté imprègne tous les paliers des organisations concernées. Il s'agit de la volonté de collaborer et de comprendre les besoins évolutifs des clients ce qui correspond à une des qualités attendues de la part du réseau intégré de services.

« Une volonté de collaborer de tous les partis. Être capable de percevoir les besoins aussi. » (Infirmière)

La *synergie d'équipe* est un autre facteur interne favorable dans ce cas. Cette dynamique se manifeste de différentes manières. D'abord, par des rencontres planifiées, où l'on discute des situations à améliorer ou à consolider dans l'évolution des différents

projets ou dans le fonctionnement de l'équipe. Lors de ces rencontres, tous les membres de l'équipe sont considérés d'égal à égal donc, capables de contribuer aux solutions.

« Toutes les réunions sont planifiées pour l'année et là-dedans il y en a trois où le (personnel du) scolaire s'assoit avec la périnatalité. Autrement dit, les trente sont là. (...) J'en profite pour avoir des points d'information qui touchent tout le monde, des points plus pour l'établissement, l'organisationnel, etc. » (Infirmière gestionnaire)

« S'il y a un problème c'est sûr qu'on va se parler, mais je vous laisse aller là-dedans. Et même les auxiliaires familiales, on les reconnaît, on les considère comme égales aux autres membres de l'équipe. » (Infirmière gestionnaire)

Cette synergie d'équipe est nourrie par d'autres types d'activités organisées par les intervenants. Ces activités à caractère plus social agissent sur la qualité des relations entre les membres de l'équipe.

« Elles organisent des activités sociales pour resserrer les liens de l'équipe, il y a une vie sociale qui est alimentée et qui est entretenue aussi et je pense que ça contribue parce qu'on se voit dans d'autres moments que juste régler les problèmes. » (Travailleuse sociale)

Un des éléments qui favorise la qualité des rapports dans l'équipe est relié au fait qu'un certain nombre d'intervenants travaillent ensemble depuis quelques années. Ce groupe d'intervenants forment un noyau dur qui représente un élément de maturité du groupe et qui préserve le climat.

« On est quasiment comme une espèce de famille je te dirais ça fait qu'il y a une belle synergie même infirmière, travailleur social et auxiliaires. » (Infirmière gestionnaire)

« L'autre hypothèse il y a des infirmières avec qui je travaille de longue date, depuis très longtemps et on a été ensemble au moment où on avait une très petite équipe. » (Travailleuse sociale)

Le soutien de la part des gestionnaires ou de l'ASI est noté comme un facteur positif dans la mesure où les intervenants se sentent entendus lorsqu'ils expriment des préoccupations ou qu'ils ont besoin de consulter. Par ailleurs, la présence assidue de la gestionnaire lors des rencontres d'équipe, ses habiletés communicationnelles et sa capacité de mobiliser l'équipe sont aussi des leviers favorables à l'apprentissage organisationnel.

« On a une supérieure, l'assistante au supérieur immédiat, qui est l'infirmière pivot. Donc au moins on a une infirmière vers qui on peut se référer. » (Infirmière)

« C'est parce que le cadre, notre chef de service je dirais est là avec nous en réunion, elle nous laisse nous occuper des choses. Ça se passe naturellement je dirais. Il n'y a pas de grands discours, il n'y a pas de... mais c'est dans l'action. » (Infirmière)

En plus du soutien de la part des gestionnaires, les répondants affirment pouvoir compter sur le support de leur organisation dans la mesure où l'autonomie professionnelle fait partie intégrante des valeurs et des orientations du CLSC. Cette posture organisationnelle, en plus d'agir favorablement sur le confort et la qualité de vie des intervenants et des équipes, offre une marge de manœuvre créatrice à ces derniers qui permet aux acteurs d'oser de nouvelles pratiques et à l'organisation, d'oser faire autrement donc, d'apprendre.

« Nous ici on est libre de dire, si tu ne te sens pas à l'aise tu appelles l'infirmière de l'hôpital et tu dis écoutes, j'ai telle et telle situation, qu'est-ce que tu en penses. » (Infirmière)

« Dans mon cas il y a eu des employeurs qui m'ont dit, oui, on fait confiance à ton jugement professionnel à quelque part, j'ai eu de la formation, j'ai eu ceci et j'ai eu ça, mais de toujours te dire... parce que dans d'autres CLSC ou j'ai travaillé c'était beaucoup ça, il y avait un chien de garde qui freinait. » (Infirmière)

Deux facteurs organisationnels sont à la fois des facteurs interne et externe. Ces facteurs sont la *formation* et la *présence de règles et d'outils clinico-administratifs*. Les différentes formations offertes dans l'établissement sont liées particulièrement à des aspects cliniques tandis que les formations offertes au niveau régional portent sur des aspects relatifs à la mise en réseau. Dans le premier cas, les infirmières profitent d'un rehaussement de leur expertise tandis que dans le cas des formations régionales, les contenus diffusés favorisent la consolidation de leur vision de l'intégration. Cette consolidation est un élément important dans la phase d'institutionnalisation puisqu'elle rassure les professionnels sur les orientations qui ont été prises et favorise ainsi, la généralisation des pratiques. La formation permet de donner du sens et de favoriser le développement d'un langage commun.

« C'est sûr qu'on va aller essayer d'aller chercher plus de formation pour nous aider avec telle lacune. » (Infirmière)

« Le fait qu'Info-Santé est dans la même boîte, on sait qui sont les filles d'Info-Santé. On les a invité à de la formation qu'on avait eu sur de l'allaitement parce qu'on sentait qu'avec l'allaitement elles n'étaient vraiment pas à l'aise et que c'était une de nos très

grandes priorités. C'est question de faire en sorte que tout le monde aille dans le même sens. » (Infirmière)

« Quand il passe des formations régionales, j'essaie beaucoup, beaucoup d'envoyer mes infirmières. Chaque année j'envoie une à deux infirmières pour la formation sur l'approche systémique. Il y a aussi des formations qui se donnent sur les principes de communication pour entrer en relation. » (Infirmière gestionnaire)

Les règles, procédures ou outils clinico-administratifs identifiés dans ce cas se situent à trois niveaux : dans chaque organisation (CLSC ou CH), entre le CLSC et le CH impliqués dans le projet d'intégration et enfin, au niveau régional. Par exemple, le CLSC s'est doté d'un plan de soins et de services interdisciplinaire. Le CLSC s'est aussi doté une procédure de mise à jour et de suivi de ce plan en identifiant un intervenant pivot qui peut être une infirmière ou un autre professionnel. L'utilisation du plan de soins et de services est un outil qui a facilité la mise en place du projet d'intégration avec le CH car les intervenants du CLSC le diffuse aux infirmières du CH, lorsque nécessaire, ce qui contribue à structurer la collaboration entre les professionnels du CH et du CLSC.

« Les suivis interdisciplinaires au niveau du plan de soins et de services ici ça va jusqu'à l'établissement d'objectifs communs qui sont suivis par l'ensemble des professionnels. On s'entend sur comment, vers quel sens qu'on l'enlève. » (Infirmière)

Dans le cadre du projet d'intégration mis en place entre le CLSC et le CH, certaines règles ont été convenues entre les deux établissements. L'ASI assure la diffusion et la mise à jour de ces règles lors des réunions au CLSC et lors de ses visites quotidiennes au CH. Par ailleurs, certaines règles régionales régissent l'ensemble des établissements de santé et soutiennent le projet d'intégration entre le CLSC et le CH. C'est le cas des déclarations d'avis de naissances informatisées utilisées systématiquement par tous les établissements. Cet outil est encadré par une procédure qui permet d'une part, la diffusion écrite de l'information entre le CH et le CLSC et d'autre part, la rétroaction du CLSC vers le CH lorsque nécessaire.

« Je sais qu'il y a un réseau qui existe pour tous les avis de naissance qui nous sont envoyés, là encore il y a certaines règles qui font que l'hôpital doit de toute façon, faire la référence au CLSC. » (Travailleuse sociale)

Tel qu'indiqué précédemment, le projet d'intégration entre le CLSC et le CH a précédé une réorganisation des services au niveau régional. Aussi, il apparaît que les documents d'orientation produits lors de cette réorganisation sont venus soutenir les efforts

des acteurs qui avaient mis de l'avant le projet d'intégration entre le CLSC et le CH dans la mesure où les mandats des CLSC et des CH ont été précisés.

« L'utilisation des outils qui ont été fournis par l'Agence dans le cadre du virage fait que maintenant, à l'hôpital, ils savent ce qui se passe en CLSC. » (Infirmière gestionnaire)

En ce qui a trait aux facteurs organisationnels externes, cinq sont susceptibles d'influencer les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel : *le système de référence, la structure d'échange inter établissements, la charge de travail, l'organisation du travail et la position géographique des établissements.*

Le *système de référence* est un outil informatisé appelé « demande de services inter-établissements » (DSIE). Cet outil, développé dans les années 90', a été informatisé au début des années 2000 soit, au moment de la mise en place le projet d'intégration. La DSIE est utilisée pour référer toute clientèle qui présente des vulnérabilités biopsychosociales nécessitant un suivi de la part d'un établissement. Cet outil est multi directionnel dans la mesure où le CH peut l'expédier au CLSC et vice-versa. Cet outil est complémentaire à l'avis de naissance informatisé puisqu'il est utilisé pour formaliser le lien de continuité entre le CH et le CLSC dans les situations à risque.

« Je pense que le lien hôpital-CLSC techniquement se fait beaucoup mieux qu'avant. C'est un détail, mais ça arrive lisible ce qui n'était pas le cas avant. On recevait des fax et des fois on avait de la misère à lire le nom de la personne, son numéro de téléphone, qui nous le référerait. Alors il y a quelque chose de techniquement qui est beaucoup amélioré pour tout le monde entre l'hôpital et nous. » (Travailleuse sociale)

La *structure d'échange inter établissements* prévoit deux types de rencontres organisées par des établissements ou des rencontres commandées par l'instance de gouverne régionale. Dans le premier cas, la participation des établissements est volontaire tandis que dans le second, ces rencontres ont d'avantage un caractère prescrit. Tel que l'indiquait un des répondants, au début du projet d'intégration CLSC-CH, *« la notion de fonctionnement entre les établissements n'était pas si présente que ça. » (Infirmière gestionnaire)* Ce sont les gestionnaires du CLSC et du CH qui ont décidé de se rencontrer pour réfléchir sur la situation, pour étudier la solution proposée par l'ASI et pour s'engager dans le projet d'intégration.

« C'est Monsieur X (CLSC) qui était assis à la même table que Madame Y (CH). Ils ont parlé du problème puis, de ce que proposais l'ASI. Ils ont dit, on va arranger ça, ce n'est pas bien, bien compliqué, on va se trouver un système. » (Infirmière)

Dans les facteurs organisationnels identifiés, la *charge de travail et l'organisation du travail* semblent freiner la consolidation du projet d'intégration. Tel que l'affirme un gestionnaire du CLSC, la surcharge et le manque de temps, souvent occasionnés par un manque de personnel, par des changements de personnel ou par des tâches qui ne font pas parti du projet d'intégration, auraient un effet négatif sur la motivation. Cette situation serait aggravée lorsque les infirmières ne bénéficient pas d'un soutien professionnel suffisant et adéquat.

« Sauf que ça va plus ou moins bien parce qu'il y a un bon roulement... le personnel change quand même beaucoup à l'hôpital X et avec les trois chiffres et tout ça, c'est pire. » (Infirmière gestionnaire)

« On apprend, tout bonnement, que là on va vacciner pour l'influenza, les six à vingt-trois mois et c'est deux doses, etc. Donc, on vient d'augmenter la charge de travail au niveau de la clinique de vaccination sans ajout de ressources. Et parallèlement à ça le reste continu, la périnatalité continue et les autres affaires continuent aussi. » (Infirmière gestionnaire)

« Actuellement, à l'hôpital, ils n'ont pas le temps. Moi je pense que les gens commencent à être démotivés à cause de la surcharge et du manque de soutien de l'infirmière chef qui est trop administrative. » (Infirmière)

L'autonomie professionnelle est un instrument pour parer à la pression organisationnelle. Dans les CLSC à l'étude, les gestionnaires permettent aux intervenants de gérer leur horaire et leur laissent la liberté de s'impliquer dans des projets lorsqu'ils le jugent pertinent. Les intervenants ont ainsi la capacité d'agir directement sur l'organisation du travail et de mieux gérer la surcharge. Par ailleurs, le sentiment de contrôle que cela leur apporte a un effet direct sur leur satisfaction au travail et, éventuellement, sur leur productivité.

« C'est sûr qu'on sait ce qu'il y a à faire mais, dans ce qu'il y a à faire, dans la charge de travail on a la liberté de dire, je vais gérer mon horaire, ce qu'on juge qu'on est capable de faire et de faire adéquatement aussi. Si on a besoin du temps pour faire un dossier, on s'arrête et on prend le temps, on ne sent pas la pression. On sent qu'on peut être à jour ce qui fait qu'on se sent libre après. On ne se sent comme pas débordé, on ne prend pas de projets pour en ajouter. On travaille et on a la liberté de gérer ça. C'est sûr qu'il y a des obligations... » (Infirmière)

La *position géographique* des établissements est le dernier facteur externe observé. Un des éléments centraux du projet décrit dans cette étude de cas repose sur une visite quotidienne au CH de la part de l'ASI du CLSC. La distance entre le CLSC et le CH devient donc un facteur facilitant puisque le CH est situé à quelques kilomètres du CLSC. Si ce projet se généralisait à d'autres hôpitaux, la question de la distance deviendrait un

enjeu à considérer car il pourrait influencer l'organisation du travail et la gestion du temps de l'infirmière du CLSC.

Tableau 29 - Les facteurs organisationnels qui influencent les pratiques stratégiques et l'apprentissage organisationnel – Illustration 3

Facteurs internes	Facteurs externes
Fonctions dédiées assistante du supérieur immédiat (ASI) infirmière chef au CH Infirmière clinicienne spécialisée Fonctions dédiées vues comme <ul style="list-style-type: none"> • reconnaissance • appui au projet • volonté du CLSC 	Système de référence <ul style="list-style-type: none"> • demande de services inter-établissements
Volonté <ul style="list-style-type: none"> • légitimation de postes • volonté exprimée rejoint la vision • collaborer • comprendre les besoins évolutifs 	Structure d'échange inter établissements <ul style="list-style-type: none"> • rencontres organisées par des établissements • rencontres commandées par l'instance de gouverne régionale
Synergie d'équipe <ul style="list-style-type: none"> • rencontres planifiées <ul style="list-style-type: none"> ○ lieux d'échanges • activités organisées par les intervenants • stabilité 	Charge de travail <ul style="list-style-type: none"> • surcharge - manque de temps • manque de personnel • changements de personnel
Soutien <ul style="list-style-type: none"> • des gestionnaires • de leur organisation • supervision professionnelle 	Organisation du travail <ul style="list-style-type: none"> • mauvaise répartition des tâches • soutien professionnel déficient
Formations <ul style="list-style-type: none"> • Locales • régionales 	Position géographique des établissements <ul style="list-style-type: none"> • proximité
	Règles et d'outils clinico-administratifs <ul style="list-style-type: none"> • plan de soins et de services interdisciplinaire • procédure de mise à jour et de suivi du plan de soins et de services • règles de fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> ○ diffusées verbalement par l'ASI ○ inscrites dans les comptes-rendus de réunions de chaque établissement • règles qui régissent l'ensemble des établissements de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ déclarations d'avis de naissances informatisées ○ documents d'orientation

Synthèse analytique

L'influence du contexte sur les pratiques

L'objectif du réseau de services postnataux est d'assurer une prise en charge efficace et globale des femmes qui viennent d'accoucher et de leurs nouveau-nés en offrant un suivi postnatal dans la communauté afin de prévenir les problèmes psychosociaux et de réduire les risques de santé chez les mères et les nouveau-nés.

Ce réseau est constitué essentiellement de deux types d'établissements, les CLSC (incluant les maisons de naissances) et les centres hospitaliers accoucheurs (CH). Son mandat est accompli principalement par des infirmières du CLSC et du CH. Les infirmières s'associent à l'équipe multidisciplinaire qui s'implique selon les besoins de la cliente et de sa famille. Des mécanismes de liaison sont standardisés et des outils sont informatisés.

Le réseau de services postnataux est né d'un processus piloté par l'instance de gouverne régionale. Pendant la période de planification, certains CLSC se sont mobilisés pour répondre plus adéquatement à la clientèle qui bénéficiait déjà du court séjour hospitalier. La situation présentée dans cette étude jette un regard sur une de ces initiatives locales. D'ailleurs, cette initiative d'intégration locale a été vue, par plusieurs partenaires du réseau comme un projet phare qui a eu une influence certaine sur la mise en place du réseau de services postnataux au niveau régional.

Cette illustration met principalement en évidence, les pratiques stratégiques d'une infirmière qui a imaginé le projet d'intégration postnatal et de sa gestionnaire qui a soutenu la mise en place de ce dernier. Les démarches de cette infirmière font en sorte qu'elle se voit confier une fonction d'assistante du supérieur immédiat (ASI). Pour mener à bien son mandat, cette ASI travaille de concert avec l'équipe médicale du CLSC et du CH et l'équipe de l'accueil et des services courants du CLSC puisque ces intervenants travaillent aussi avec les nouvelles mères.

Cette dernière s'est donné une mission particulière pour stimuler la mise en réseau entre son établissement et le centre hospitalier qui effectue le plus grand nombre de références postnatales à ce CLSC. Les pratiques identifiées s'inscrivent dans un contexte où l'instance de gouverne régionale tente de mettre en place des modalités d'articulation de

services pour la période postnatale encadrant la pratique de tous les CLSC incluant les maisons des naissances ainsi que les centres hospitaliers accoucheurs afin d'améliorer l'accessibilité et continuité des services. Dans le cadre de ses fonctions, cette infirmière joue un rôle particulier dans la planification du congé des nouvelles mères en assurant une présence quotidienne au CH où elle informe ces dernières des services du CLSC. Lors de ses présences au CH, elle rencontre également le personnel hospitalier et lui transmet l'information sur le suivi de certaines patientes et sur l'évolution des services offerts par le CLSC.

Pratiques et apprentissages

Cette illustration présente des pratiques stratégiques qui ont été identifiées principalement chez l'ASI et chez sa gestionnaire qui est également infirmière de formation. La plupart des pratiques identifiées chez l'ASI ont été mentionnés par les répondants de différentes disciplines. Les pratiques stratégiques relevées dans cette illustration sont localisées dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel. Ces pratiques stratégiques se caractérisent par le fait qu'elles visent au moins une des finalités de l'intégration clinique soit, l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des services.

Pratiques intuitives

Au chapitre des pratiques stratégiques intuitives, on identifie deux types de pratiques : *le dépistage et l'expérimentation*. Le dépistage permet d'une part, d'identifier les erreurs de système (Argyris & Schön, 1978) en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination ou de qualité dans les services et d'en faire l'analyse. Cette pratique donne l'occasion à l'infirmière de conceptualiser les situations problématiques et d'émettre des hypothèses pour améliorer la situation. Ce qui l'amène à expérimenter une nouvelle façon de faire.

L'expérimentation permet à l'infirmière d'élaborer des scénarios lui offrant la possibilité d'apporter des corrections aux erreurs de systèmes identifiés. L'expérimentation en solitaire peut être vue comme une stratégie plus ou moins consciente pour prévenir l'occurrence de nouvelles erreurs de système dans les scénarios de changement mis de l'avant collectivement.

Ces pratiques intuitives permettent à l'infirmière de réaliser des apprentissages individuels et donc, de développer ses propres théories d'usage (Schön, 1994) qu'elle sera éventuellement en mesure de traduire et d'explicitier ce qui lui permettra d'exploiter de nouveaux types de pratiques destinés à ses collègues. Ces pratiques se situeront donc dans la phase d'interprétation.

Pratiques interprétatives

Les pratiques stratégiques identifiées dans la phase d'interprétation sont celles de *promoteur du réseau, de consultante, de relais d'information et de négociatrice*.

La pratique de promoteur passe par des actions de sensibilisation et de marketing qui favorisent le passage de l'observation individuelle d'une erreur de système à une lecture collective du phénomène. Cette pratique a aussi pour objectif de diffuser les bases du projet qu'elle tente de mettre en place et où elle explicite ses observations ainsi que les pistes de solution envisagées. La promotion favorise l'adhésion du groupe.

La pratique de consultante, quant à elle, vise le partage du savoir tout en assurant l'accompagnement dans une optique d'acquisition de connaissances et de compétences pratiques favorisant une meilleure intégration des services. Cette pratique est particulièrement importante dans le contexte où l'on constate une mobilité des ressources puisqu'elle contribue à limiter l'érosion des savoirs concourant ainsi au maintien des acquis voire, à la pérennisation du projet d'intégration. L'analyse des données a permis de découvrir également que le développement de la pratique de consultante était lié à la crédibilité et à la confiance des autres acteurs professionnels à l'endroit de l'infirmière. Par ailleurs, il a été possible de dégager que cette pratique pouvait contribuer au développement d'un langage commun.

La pratique de relais d'information identifiée dans ce cas est intéressante sur le plan de l'apprentissage organisationnel car elle vise des groupes d'individus tout en privilégiant une approche individuelle. Cette pratique permet d'une part, d'atteindre l'objectif de continuité en accélérant la prise en charge dans les situations problématiques et d'autre part, elle permet l'ajustement et l'amélioration de la qualité des informations transmises entre les professionnels et les établissements. Ces ajustements permettent aux professionnels du réseau de mieux comprendre le sens du changement de pratiques et

facilite le mouvement vers une plus grande intégration des soins et des services de santé. Par ailleurs, la pratique de relais d'information permet de rassurer les partenaires en leur faisant bénéficier d'une rétroaction quasi immédiate ce qui contribue à rehausser le niveau de confiance et d'adhésion au projet. Le fait que l'infirmière intervienne individuellement auprès des infirmières et des autres intervenants lui permet d'ajuster son message pour s'assurer de la meilleure compréhension de la part de ses interlocuteurs. La pratique de négociateur quant à elle, stimule la discussion et la réflexion de groupe autour des enjeux du projet. De ce fait, elle favorise l'expression de propositions en faveur du projet d'intégration.

Les pratiques stratégiques identifiées dans la phase d'interprétation, en plus de permettre à l'ASI de transmettre des informations importantes à ses collègues, favorisent le partage et l'approfondissement des idées. Les échanges entre acteurs permettent de tenir compte des spécificités et des enjeux de chaque groupe d'acteurs. Ces pratiques contribuent à rehausser le niveau de confiance entre partenaires et prédisposent favorablement ces derniers face au projet qui se met en place. Ce faisant, les professionnels et les gestionnaires peuvent envisager des actions communes.

Pratiques intégratives

Dans la phase d'intégration, les infirmières ont recours aux pratiques stratégiques de *mobilisation et d'organisation d'activités* pour favoriser des actions communes visant la continuité et la coordination des soins et des services aux parents dans la période postnatale. Ces pratiques s'adressent aux groupes de professionnels et, dans certains cas, aux organisations.

La pratique de *mobilisation* emprunte plusieurs formes de la plus simple à la plus complexe. Les processus émergents privilégiés par ces infirmières laissent place à l'expérimentation collective. Dans le cadre de sa pratique d'agent mobilisateur, l'ASI travaille d'une part, avec les membres de son équipe à identifier leurs champs d'intérêts et à les faire valoir dans les projets d'équipe. D'autre part, elle leur reconnaît un niveau d'autonomie professionnelle permettant d'établir des liens avec les collègues de leur organisation ou des autres établissements afin de faire évoluer ces intérêts. L'approche privilégiée ainsi que le choix des projets, en plus de stimuler la créativité, permettent le

développement des compétences collectives. Cette capacité de juxtaposer les intérêts professionnels avec l'organisation des services ouvre la porte à un travail d'équipe favorisant l'évolution vers une plus grande intégration clinique.

L'organisation d'activités se traduit notamment par des échanges entre le CH et le CLSC qui facilitent le développement de connaissances mutuelles entre les organisations ce qui contribue à améliorer les collaborations entre professionnels. Ce type de pratique est en soi, un exercice de coordination nécessitant la participation de tous les intervenants concernés. Les informations émanant de ces échanges inter-établissements apportent du matériel neuf pour permettre à l'équipe de travailler de concert afin d'améliorer, de consolider ou de préciser leur offre de services. Dans le cadre des activités organisées par l'ASI, les participants réfléchissent et discutent notamment des objectifs à atteindre et de leurs zones de complémentarité ou de chevauchement. Les rencontres organisées sont aussi, un espace de partage sur les stratégies d'actions organisationnelles qui peuvent laisser place à des ajustements, parfois spontanés, dans les façons de faire à l'intérieur et entre les établissements. L'organisation d'activités permet donc de collectiviser les propositions concrètes et les pistes d'actions pour améliorer le projet d'intégration. Cet exercice devient alors une occasion privilégiée qui permet aux infirmières et aux autres professionnels de mieux situer leurs rôles respectifs. L'organisation d'activités offre aux acteurs, la possibilité de mieux se connaître à partir de situations concrètes. De ce fait, les échanges entre les acteurs contribuent à réduire les préjugés et à rehausser le niveau de confiance et par conséquent, à développer des alliances. Ces espaces d'échanges et de collaboration permettent à leur tour, de créer une dynamique favorisant la réflexion collective en cours d'action, sur l'action en cours (Schön, 1994) et stimule l'expérimentation de nouvelles pratiques organisationnelles et inter-organisationnelles ou de pratiques renouvelées (reconceptualisées).

Les pratiques identifiées dans cette phase sont donc susceptibles de générer des apprentissages favorisant la coordination des actions dans les groupes d'acteurs. Les solutions qui émergent de cette dynamique collective représentent une expérience qui porte un potentiel d'institutionnalisation.

Pratiques institutionnalisantes

Dans la phase d'institutionnalisation, les deux types de pratiques stratégiques ont été constatées soit; la *formation et la mise en œuvre des principes et règles dans la pratique courante*. Ces pratiques génèrent des apprentissages organisationnels aux trois niveaux : individuel, de groupe et organisationnel.

Ainsi, il a été possible de voir que certaines infirmières étaient appelées à agir comme formatrices régionales. Ces formations représentent le passage d'une initiative d'intégration locale qui s'est structurée de façon graduelle à la structuration d'un réseau de services postnataux régional. Au plan de l'apprentissage organisationnel, leur contribution permet l'uniformisation de l'information sur le fonctionnement du réseau et concourt ainsi à la formalisation du projet régional. Ces pratiques favorisent une certaine généralisation de l'institutionnalisation en rejoignant de nouvelles organisations.

La situation décrite précédemment permet de constater qu'une bonne partie des infirmières et des autres professionnels ont intériorisé les principes et les objectifs du projet d'intégration et qu'ils en font maintenant une pratique courante. Ces derniers ont incorporé les nouvelles pratiques dans leur travail quotidien et ces pratiques sont même devenues des automatismes puisqu'ils les effectuent spontanément, comme si le projet d'intégration avait toujours existé. Dans cette illustration, l'institutionnalisation s'est réalisée d'abord par l'influence de certains acteurs dont, principalement l'ASI qui a joué un rôle clé. Par la suite, les orientations inscrites dans la documentation régionale sont venues rassurer et encourager les professionnels concernés, ce qui a contribué à l'ancrage de ces pratiques. La finalité attendue dans la phase d'institutionnalisation étant la standardisation et la généralisation des pratiques, l'analyse de ce projet permet de dégager que, dans cette illustration, l'institutionnalisation s'est réalisée davantage par dissémination au travers de pratiques stratégiques, particulièrement dans la phase d'interprétation, que par la diffusion des documents d'orientations qui n'ont servi, à postériori, qu'à rassurer et encourager les professionnels concernés dans la poursuite de ce projet et à consolider leurs pratiques.

Ressources individuelles

Les pratiques stratégiques se déploient sous la force de deux leviers : les ressources individuelles et les facteurs organisationnels. Dans la situation étudiée, il apparaît

clairement qu'au chapitre des pratiques intuitives l'ASI bénéficie d'une solide expérience ce qui lui apporte une certaine assurance dans le recours à certaines pratiques dont la pratique d'« expérimentation » qui nécessite un certain niveau de confiance et de reconnaissance de la part des collègues de travail. Notons aussi que la vision et les valeurs professionnelles et personnelles sont à la base de la démarche d'intégration puisque rapidement, les professionnels nomment la continuité des services, l'accompagnement personnalisé de la clientèle et le travail en équipe multidisciplinaire comme les moteurs du changement. Par ailleurs, les capacités communicationnelles, les connaissances variées, l'expérience et le professionnalisme, sont autant de ressources nécessaires au déploiement des pratiques stratégiques. Dans le cas de l'infirmière ASI, d'autres ressources individuelles semblent influentes. Ainsi, ses capacités réflexives, son jugement, son sens de l'innovation et sa crédibilité auprès de ses collègues sont des ressources importantes pour permettre à cette infirmière de mobiliser le changement de pratiques.

Facteurs organisationnels

Les pratiques stratégiques identifiées dans cette illustration sont influencées par un certain nombre de facteurs organisationnels. Ainsi, tous les acteurs bénéficient de la synergie de leur équipe et de la volonté des gestionnaires qui se traduisent par du soutien et de la reconnaissance se concrétisant par la création d'une fonction dédiée. La création du poste d'ASI par l'infirmière gestionnaire du CLSC est une action originale et émergente dans la mesure où elle n'a pas été imposée par aucune instance administrative. Cette décision apporte une certaine légitimité au projet, tant au CLSC qu'au CH. Elle livre un message mobilisateur sans équivoque aux professionnels et organisations impliqués dans ce projet d'intégration. Et pour l'infirmière qui se voit octroyer la responsabilité d'ASI, cette orientation lui donne le signal que ses démarches sont entérinées et soutenues lui apportant du coup, une autorité symbolique et une marge de manœuvre plus importante lui offrant un rôle de soutien particulier dans la mise en place de mécanismes locaux et régionaux. Ce qui permet d'affirmer que l'institutionnalisation du poste d'ASI a une influence dans chacune des phases de l'apprentissage organisationnel.

D'autres facteurs dont l'existence de certains outils de référence et de certaines règles soutiennent le projet. Par ailleurs, la proximité géographique entre le CH et le CLSC

et la concentration de la clientèle seront aussi des facteurs favorables à la mise en place de cette initiative d'intégration. Enfin, la structure d'échange inter établissements ainsi que les formations locales et régionales sont des facteurs qui ont contribué à soutenir à la fois, le déploiement des pratiques stratégiques et les apprentissages organisationnels.

La dynamique d'apprentissage organisationnel

La dynamique d'apprentissage organisationnel réfère à la façon dont les pratiques sont mobilisées et à l'inter influence entre les pratiques et les apprentissages en tenant compte des liens entre les phases d'apprentissage.

Le réseau de services postnatal est une structure en émergence. Certains aspects de ce réseau semblent s'institutionnaliser par les travaux régionaux mis de l'avant par l'organisme de gouverne régionale mais en parallèle, certaines initiatives locales voient le jour et inspirent les travaux régionaux. C'est précisément ce que cette illustration met en lumière par les pratiques d'une infirmière et de sa gestionnaire qui sont impliquées dans une initiative locale d'intégration. Cette infirmière expérimentée imagine une nouvelle façon de faire pour assurer une meilleure continuité des services postnataux entre le CH et le CLSC et ainsi, permettre une prise en charge plus efficace. La pertinence et l'impact de ses actions font que sa gestionnaire lui confie une fonction dédiée avec des responsabilités d'encadrement clinique. La fonction « dédiée » de cette infirmière peut se qualifier d'émergente voire, d'inductive dans la mesure où c'est cette infirmière qui l'a générée en ayant recours à différentes pratiques stratégiques.

Cette dernière développe son mandat non pas pour répondre à des attentes organisationnelles ou à des orientations de la gouverne mais bien, pour résoudre un problème de système qui a un impact sur les clientes. Grâce à sa notoriété dans son équipe de travail et à la reconnaissance de sa gestionnaire, cette infirmière bénéficie d'un haut niveau autonomie organisationnelle qui lui donne la possibilité d'agir dans un large spectre tant dans son établissement qu'au CH et même, dans certains cas, au niveau régional bien que ses actions sont principalement centrées sur l'organisation d'activités cliniques en faveur d'une meilleure intégration des services entre son CLSC et le CH.

Le mandat de mise en réseau que l'infirmière a construit et la fonction d'ASI qui lui a été confié, doublés de la marge de manœuvre organisationnelle qui lui est octroyée,

favorisent un éventail de pratiques dans chaque phase d'apprentissage. Ces pratiques sont soutenues par certaines pratiques stratégiques déployées par l'infirmière gestionnaire. Leur implication à divers niveaux dans le réseau, fait en sorte que les pratiques stratégiques que l'ASI et sa gestionnaire privilégient sont complémentaires et se situent dans les sphères de l'innovation et de la gestion du changement incluant l'exploration, la découverte, l'expérimentation, la promotion et l'expérimentation collective.

Les pratiques identifiées chez l'infirmière ASI bien qu'elles se situent dans chacune des phases d'apprentissage, sont plus intenses dans les phases d'intuition et d'interprétation ce qui correspond à la démarche novatrice empruntée par cette dernière. Ces pratiques s'enchaînent selon une séquence d'actions graduelles qui génèrent des apprentissages individuels, de groupes puis, organisationnels. Les actions privilégiées sont récurrentes et visent à favoriser la prise de conscience collective, l'identification collective des correctifs et leur application. Les connaissances individuelles et collectives qui en résultent permettent de distinguer un effet cumulatif qui a une influence sur le changement des pratiques en faveur d'une plus grande intégration.

Du côté de l'infirmière gestionnaire, la plupart des pratiques sont consécutives aux apprentissages organisationnels. Cette dernière recourt, de façon récurrente, à des pratiques stratégiques situées d'abord dans la phase d'intégration puis dans la phase d'interprétation.

Il s'agit de pratiques plus opérationnelles c'est-à-dire, qui permettent la réalisation d'activités concertées et concrètes entre les acteurs du réseau. La fonction d'autorité qu'occupe la gestionnaire, doublée de la récurrence de ces pratiques viennent appuyer les pratiques de l'ASI et ainsi, augmente l'effet cumulatif au niveau des apprentissages organisationnels. Ceci peut éventuellement avoir un effet de routinisation et ainsi, favoriser l'institutionnalisation.

Chapitre 6 - Analyse transversale

Les trois études de cas ont permis d'identifier des pratiques qui favorisent l'apprentissage organisationnel. Les ressources individuelles mobilisées dans le développement de ces pratiques ainsi que les facteurs organisationnels agissant sur les pratiques de l'infirmière et sur la capacité d'apprentissage organisationnel ont aussi été exposés. Les différents constats ont permis d'établir des comparaisons entre les cas en lien avec les hypothèses formulées et d'en faire ressortir les caractéristiques dominantes ainsi que les traits majeurs qui les différencient pour tenter de saisir l'influence des pratiques stratégiques sur l'apprentissage organisationnel dans le contexte de l'intégration clinique.

Pour y arriver, les observations empiriques ont été mises en correspondance avec la recension des écrits pour connaître et comprendre la nature des connaissances qui en émergent. Par ailleurs, des explications sont avancées afin de mieux comprendre les conditions et les particularités qui favorisent le recours à certaines pratiques et l'apprentissage organisationnel. Cette démarche est complétée par une discussion sur le modèle conceptuel et sur l'apport de ce dernier dans différentes sphères.

L'analyse transversale est développée à partir des quatre hypothèses de cette étude, soit :

- I. Les infirmières utilisent des pratiques qui se localisent dans les 4 phases du processus d'apprentissage (4 I : intuition, interprétation, intégration et institutionnalisation), qui s'actualisent à trois niveaux (individuel, groupe, organisationnel) et qui sont animées d'une dynamique favorisant le passage d'une phase à une autre.
- II. Les infirmières adoptent des pratiques favorisant des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique;
- III. Les pratiques privilégiées par les infirmières sont influencées par leurs ressources individuelles;
- IV. Le recours aux pratiques stratégiques et le processus d'apprentissage organisationnel sont influencés par des facteurs organisationnels.

Les pratiques stratégiques

Cette section vise à offrir des définitions des pratiques stratégiques qui ont été identifiées dans les différentes études de cas, à situer ces pratiques dans chaque phase d'apprentissage tout en précisant le niveau où ces dernières s'actualisent et à décrire la dynamique qui anime ces dernières entre les différentes phases d'apprentissage organisationnel.

Définition des pratiques stratégiques

L'analyse de chaque illustration a permis d'identifier des pratiques stratégiques et de classer ces dernières en se reposant sur les définitions des phases du modèle d'apprentissage de Crossan et collègues (1999) ainsi que sur les travaux de Bloom (1956) qui ont permis d'identifier certaines actions et de les associer avec la définition de chaque phase d'apprentissage. Rappelons que les pratiques stratégiques visent l'actualisation des finalités de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité. Elles sont diversifiées et susceptibles de produire des apprentissages individuels et organisationnels. Ces pratiques ont une portée stratégique dans la mesure où elles visent à planifier et à coordonner un ensemble d'opérations en vue d'atteindre les objectifs de l'intégration clinique.

À partir des pratiques observées dans les trois études de cas, il a été possible de définir chacune des pratiques stratégiques. Ces définitions sont donc des énoncés provenant des données empiriques. Le tableau 30, est une synthèse de la démarche qui a conduit à la définition des pratiques stratégiques. Il présente les phases d'apprentissage organisationnel, les actions qui ont permis d'identifier les pratiques stratégiques suivi des quinze pratiques stratégiques et de leur définition.

Tableau 30 - Définitions des pratiques stratégiques

PHASES	ACTIONS ⁸	PRATIQUES STRATÉGIQUES	DÉFINITIONS DES PRATIQUES
INTUITION	Essayer Expérimenter Explorer	Dépistage	<i>Identifier les aberrations et les erreurs dans le fonctionnement du réseau. Ces dysfonctions peuvent être d'origines structurelles ou cliniques. Cette pratique est précédée d'une période d'observation souvent en cours d'action (Schön, 1994). Elle inclut l'analyse des causes des problématiques et l'identification des pistes de solution.</i>
		Expérimentation	<i>Recourir, sur une base individuelle, à des moyens qui ont déjà été utilisés ou à de nouvelles façons de faire pour réguler des situations problématiques ou pour faire progresser le réseau vers l'atteinte de ses objectifs.</i>
INTERPRÉTATION	Expliciter Expliquer Exposer Exprimer	Consultation	<i>Donner des avis, des conseils ou des suggestions, sur une base plus ou moins formelle, dans différents domaines reliés aux objectifs ou au fonctionnement du réseau.</i>
		Courtier de connaissances	<i>Maintenir ses connaissances à jour, identifier les meilleures pratiques en lien avec les finalités du réseau et effectuer le transfert de ces connaissances par différents moyens en étant soucieux que les informations soient accessibles et intelligibles pour un maximum d'acteurs.</i>
		Négociation	<i>Stimuler des discussions qui favorisent les ajustements de pratiques cohérents avec les finalités du réseau. Discuter avec les partenaires de l'organisation ou du réseau afin d'assurer le respect des orientations du réseau. Conclure des ententes tacites avec les partenaires du réseau.</i>
		Promotion	<i>Faire connaître et mettre en valeur, par différents moyens, le réseau et le rôle de ses acteurs clé.</i>
		Relais d'information	<i>Capter les informations sensibles ou stratégiques et les faire transiter entre les différentes composantes structurelles et professionnelles du réseau.</i>
INTÉGRATION	Échanger Effectuer Engager (s') Entraider	Agent mobilisateur	<i>De façon plus ou moins formelle, identifier les champs d'intérêt des acteurs du réseau. Stimuler les acteurs professionnels à s'impliquer dans la planification et l'organisation des services du réseau.</i>
		Pratique partagée	<i>Effectuer certaines interventions en tandem afin de potentialiser les objectifs du réseau. Cette pratique inclut l'identification et le partage d'outils clinico-administratifs qui vont dans le sens des objectifs du réseau de services.</i>

⁸ Tirées de la taxonomie de Bloom (1956)

PHASES	ACTIONS ⁸	PRATIQUES STRATÉGIQUES	DÉFINITIONS DES PRATIQUES
		Organisation d'activités	<i>Mettre en place une gamme d'activités qui favorisent le rapprochement des professionnels du réseau et la mise en commun de leur expertise incluant l'animation de discussions ou comités intra et inter-professionnels et organisationnels.</i>
INSTITUTIONNALISATION	Écrire Édicter Encadrer Établir	Mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante	<i>S'assurer que les orientations et les règles soient appliquées dans les activités quotidiennes des professionnels du réseau afin que se généralise les finalités du réseau.</i>
		Formation	<i>Contribuer à l'élaboration de formations visant à structurer le réseau (activités professionnelles ou organisation des services). Organiser et dispenser ces formations. S'impliquer dans l'évaluation de ces formations et de leur effet. Recommander des améliorations dans les contenus des formations, ou de nouveaux thèmes de formation compatibles avec les objectifs du réseau.</i>
		Élaboration des protocoles	<i>Rédiger des protocoles clinico-administratifs et en assurer leur diffusion.</i>
		Participation aux comités décisionnels	<i>S'impliquer dans des comités décisionnels visant à développer ou consolider un réseau.</i>
		Contribution aux démarches de recherche	<i>Participer à des activités scientifiques afin d'améliorer les connaissances relatives aux activités du réseau.</i>

L'identification des pratiques stratégiques est intéressante, car elle apporte une autre dimension aux conditions favorisant l'intégration clinique. De fait, les écrits sur l'intégration précisent des déterminants de l'intégration clinique. Ces derniers sont orientés vers des aspects financiers, de gouvernance, d'organisation et de dispensation des soins et services et enfin, vers la clinique (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Le déterminant clinique plus spécifiquement, se manifeste par une compréhension commune des besoins des usagers et un langage professionnel commun qui implique l'utilisation de pratiques cliniques harmonisées, de standards de pratiques et de critères communs. La communication continue entre dispensateurs de soins et usagers fait aussi partie du déterminant clinique. Ce rappel des écrits sur les déterminants permet de percevoir que la manifestation du déterminant clinique ne peut se produire spontanément et que les pratiques stratégiques peuvent jouer un rôle sur l'actualisation du déterminant clinique.

Les pratiques stratégiques seraient complémentaires voire, en amont des déterminants cliniques. Les pratiques stratégiques identifiées, permettent de reconnaître les situations à modifier pour améliorer l'intégration clinique. Elles permettraient aussi d'explorer de nouvelles façons de faire qui vont dans le sens des finalités de l'intégration clinique. Ces pratiques faciliteraient le transfert de connaissances et d'informations stratégiques tout en faisant la promotion de la mise en réseau et de certains rôles clés. Ce positionnement favoriserait des pratiques de collaboration entre les acteurs du réseau autour de projet ou de situations concrètes. Et c'est vraisemblablement à ce moment que certaines pratiques plus standardisées pourraient apparaître avec l'apport de pratiques stratégiques favorisant la routinisation.

Cette étude a permis de découvrir que certaines infirmières avaient recours aux pratiques stratégiques sans préméditation et dans certains cas, de façon automatique. Il a aussi été possible de constater que ces pratiques pouvaient avoir une influence favorable sur l'intégration clinique dans les cas étudiés.

Localisation et niveau d'actualisation des pratiques stratégiques

La section qui suit, a pour but de préciser la localisation et le niveau d'actualisation des pratiques stratégiques afin de mieux comprendre leur utilisation. Ce faisant, l'analyse transversale des cas a permis d'identifier certaines particularités relatives aux pratiques stratégiques, à leur récurrence et à leur diversité. Ce qui a permis d'identifier les pratiques les plus courantes et de mieux comprendre l'influence de certains facteurs professionnels et organisationnels sur la gamme des pratiques stratégiques utilisées. Le tableau 31 présente le détail de la localisation et du niveau d'actualisation des pratiques stratégiques pour chaque illustration.

En prenant appui sur le modèle de Crossan et collègues (1999), il a été possible de catégoriser les pratiques stratégiques dans l'une ou l'autre des phases. C'est ce que nous appelons la localisation des pratiques. Par ailleurs, Crossan et collègues (1999) introduisent la notion de niveau dans leurs écrits et affirment que chacune des phases d'apprentissage s'actualise à des niveaux différents. Selon ces auteurs, la phase d'intuition se réalise au niveau individuel, la phase d'interprétation s'accorde avec le niveau du groupe, la phase

d'intégration se jumelle aux niveaux du groupe et de l'organisation et enfin, la phase d'institutionnalisation se situe au niveau organisationnel.

Phase d'intuition

L'analyse des illustrations a permis de distinguer deux pratiques dans la phase d'intuition. Il s'agit des pratiques *d'expérimentation* et de *dépistage* qui se retrouvent toutes deux au niveau individuel. L'expérimentation a été identifiée dans chacune des quatre illustrations. Le dépistage quant à lui, a été répertorié dans les deux illustrations où les infirmières occupaient une fonction « dédiée ».

Dans le contexte de cette étude, ces constats nous apportent des informations préliminaires sur la capacité de chaque infirmière, peu importe le rôle qu'elle joue dans le réseau, à innover et à poser des gestes exploratoires pour tenter de résoudre une situation problématique ou pour faire progresser le travail dans le sens des objectifs du réseau. Par ailleurs, on y apprend aussi que le recours à la pratique de dépistage serait utilisé par des infirmières qui ont un rôle formel dans la mise en œuvre de leur réseau. Cette observation permet de faire un lien entre la légitimation du rôle et de certaines actions dans l'organisation ou en d'autres termes à l'autonomie organisationnelle. Ainsi, le fait d'occuper une fonction dédiée donnerait la possibilité d'identifier les aberrations et les erreurs dans le fonctionnement du réseau, de faire l'analyse des causes et d'identifier des pistes de solution.

Tableau 31 - Localisation et niveaux d'actualisation des pratiques selon les illustrations

Pratiques	1.1-Personnes âgées	1.2-Personnes âgées	2-MPOC	3-Services postnataux	Réurrence des pratiques	Niveaux d'actualisation ***
PHASE D'INTUITION						
Expérimentation	✓	✓	✓	✓	4	I
Dépistage	✓			✓	2	I
<i>Nombre de pratiques/phase</i>	2/2	1/2	1/2	2/2		
PHASE D'INTERPRÉTATION						
Promotion	✓	✓	✓	✓	4	G - O
Consultation	✓		✓	✓	3	G
Relais d'information	✓		✓	✓	3	G - O
Négociation		✓	✓	✓	3	G
Courtage de connaissances	✓		✓		2	G
<i>Nombre de pratiques/phase</i>	4/5	2/5	5/5	4/5		
PHASE D'INTÉGRATION						
Organisation d'activités	✓		✓	✓	3	G
Agent mobilisateur		✓		✓	2	G
Pratique partagée	✓	✓			2	G - O
<i>Nombre de pratiques/phase</i>	2/3	2/3	1/3	2/3		
PHASE D'INSTITUTIONNALISATION						
Formation	✓	✓	✓	✓	4	G - O
Mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante		✓	✓	✓	3	I - G - O
Élaboration des protocoles	✓		✓		2	O
Participation aux comités décisionnels		✓	✓		2	O
Contribution aux démarches de recherche			✓		1	O
<i>Nombre de pratiques/phase</i>	2/5	3/5	5/5	2/5		
<i>Nombre total de pratiques utilisées</i>	10/15 (66%)	8/15 (53%)	12/15 (80%)	10/15 (66%)		
						***Légende :
						I = Individuel
						G = Groupe
						O = Organisationnel

Phase d'interprétation

L'analyse des illustrations a permis d'identifier cinq pratiques stratégiques dans la phase d'interprétation. Ces pratiques sont : la *promotion*, la *consultation*, le *relais d'information*, la *négociation* et enfin, le *courtage de connaissances*.

La promotion est la seule pratique dans cette phase qui a été observée dans les quatre illustrations. Ceci témoigne de l'importance accordée par les infirmières à la diffusion de l'information sur l'existence et les finalités des réseaux ainsi que sur le rôle qu'elles y jouent.

Par ailleurs, il a été possible de dégager que certaines pratiques sont utilisées dans la majorité des illustrations. C'est le cas des pratiques de consultation et de relais d'information qui ont été identifiées dans trois illustrations. Ces deux pratiques semblent étroitement liées à la reconnaissance de l'expertise. Ainsi, l'infirmière étant légitimée dans son rôle d'experte serait sollicitée comme consultante. Elle se verrait aussi confier des informations sensibles pour le réseau, car les acteurs seront convaincus que cette dernière est en mesure de faire une bonne gestion de ces informations et de fait, l'infirmière effectuera cette pratique en toute conscience de son importance stratégique.

La pratique de négociation telle que définie au tableau 30 a été observée chez les gestionnaires de cas, les infirmières MPOC et l'ASI des services postnataux. Bien qu'il ne soit pas exclu que l'infirmière du suivi intégré pour les personnes âgées puisse effectuer cette pratique à l'occasion, il apparaît logique de voir apparaître cette pratique plus fréquemment dans les trois autres illustrations, car ces infirmières travaillent davantage dans un mode inter établissements ce qui appelle en soi, des ajustements plus évidents ce qui n'exclut pas que des négociations puissent avoir lieu entre professionnels d'une même organisation.

Enfin, la pratique de courtier en connaissances a été relevée chez l'infirmière du suivi intégré du réseau de services pour les personnes âgées ainsi que chez les infirmières du réseau MPOC. Il est intéressant de noter que cette pratique a été identifiée chez des infirmières travaillant plus étroitement avec des professionnels qui ont un historique d'utilisation des données probantes soit, les professionnels du milieu hospitalier et les

médecins. Ceci permet de se questionner à savoir si le type de milieu ou d'acteurs avec lequel l'infirmière évolue peut avoir une influence sur le choix de certaines pratiques.

Selon Crossan et collègues (1999), la phase d'interprétation s'actualise au niveau du groupe, ce qui laisse croire que les pratiques situées dans ces phases s'actualiseraient de la même façon. Or, nous avons été à même de constater que certaines pratiques situées dans les phases d'interprétation ne respectaient pas tout à fait les vues de Crossan et coll. (1999). C'est le cas des pratiques de promotion et de relais d'information qui se réalisent au niveau du groupe, mais aussi, au niveau organisationnel. Ceci peut être lié au fait que certaines infirmières possèdent une notoriété ce qui leur permet de diffuser leurs messages et leurs informations stratégiques à un autre niveau, auprès des décideurs qui ont évidemment, une influence au niveau organisationnel.

Phase d'intégration

L'analyse des illustrations a permis de découvrir trois pratiques stratégiques dans la phase d'intégration ont soit : *l'organisation d'activités*, la pratique *d'agent mobilisateur* ainsi que la *pratique partagée* (cf. tableau 31). L'examen de ces pratiques a permis de découvrir qu'elles s'actualisaient au niveau du groupe tel que l'affirment Crossan et coll. (1999) ce qui apparaît cohérent avec les écrits sur l'intégration qui affirment que c'est au niveau de l'équipe clinique que se cristallisent les initiatives d'intégration par la coordination des activités de l'ensemble des professionnels et par la modification de leurs pratiques (Béland et al., 2006; Brousselle et al., 2010; Denis et al., 2001; Denis et al., 1999; Lamarche et al., 2002; MacAdam, 2008; Shortell, 2006; Shortell et al., 1994; Shortell et al., 2000).

La pratique d'organisation d'activités a été identifiée chez les infirmières du suivi intégré du réseau de services pour les personnes âgées, par les infirmières pivots et désignées du réseau MPOC et par l'ASI du réseau de services postnatals. Cette pratique comprend une gamme d'activités qui favorisent le rapprochement des professionnels du réseau et la mise en commun de leur expertise incluant l'animation de discussions ou comités intra et interprofessionnels et organisationnels. Il est intéressant de constater qu'elle a été plus perceptible chez les infirmières qui se reconnaissaient une responsabilité concrète dans la coordination du changement favorisant la mise en réseau. Toutefois, il apparaît

important d'accueillir ce résultat et cette déduction avec prudence, car la définition de cette pratique est large, ce qui nous permet de croire qu'il n'est pas impossible que d'autres infirmières aient eu recours à cette pratique et qu'elle n'ait pu être identifiée lors de la collecte de données.

La pratique d'agent mobilisateur quant à elle, a été identifiée chez les infirmières gestionnaires de cas, les infirmières pivot et désignées du réseau MPOC ainsi que chez l'ASI aux services postnataux. Cette pratique qui s'apparente au « coaching » a été constatée chez des infirmières qui ont un rôle de soutien clinique plus formel, dans leur établissement respectif. Dans ce contexte, ces infirmières agissent en tenant compte des champs d'intérêt des professionnels et encouragent ces derniers à s'impliquer dans la planification et l'organisation des services du réseau.

Par ailleurs, l'infirmière de liaison du réseau pour les personnes âgées ainsi que les infirmières gestionnaires de cas, ont eu recours à la pratique partagée. L'usage de ces pratiques a été relevé chez des infirmières dont le mandat principal est la liaison inter-établissements dans le cadre de suivis d'usagers. Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant de constater une pratique stratégique visant l'harmonisation des outils et la complémentarité dans les pratiques puisque ces stratégies visent particulièrement la continuité des soins et services.

Il a aussi été possible de constater dans cette phase qu'aucune des pratiques ne se retrouvait dans toutes les illustrations. Cette observation peut être mise en lien avec la stratégie de collecte de données qui a accordé une place prépondérante aux entrevues individuelles en comparaison avec les entrevues de groupe et les séances d'observation qui occupaient une place complémentaire. Étant donnée la nature des pratiques stratégiques d'intégration, notre stratégie de collecte de données était susceptible de limiter l'identification de ces dernières.

Phase d'institutionnalisation

L'analyse des illustrations permet d'identifier cinq pratiques contribuant à l'institutionnalisation des réseaux. Ces pratiques sont : la *formation*, la *mise en œuvre de (nouvelles) règles dans la pratique*, l'*élaboration des protocoles*, la *participation aux comités décisionnels* et la *contribution aux démarches de recherche*.

La pratique de formatrice a été recensée dans toutes les illustrations, chez les infirmières qui ont une fonction dédiée. Ces infirmières sont impliquées dans des formations structurées et à portée régionale, relatives à des outils standardisés, à des guides de pratiques ou à des fonctions spécifiques au réseau. Ces dernières, visent à uniformiser les connaissances d'un nombre important d'acteurs et de standardiser les pratiques de ces derniers. L'identification de cette pratique stratégique chez les infirmières occupant une fonction dédiée est cohérente avec les implications de ces dernières notamment, dans l'élaboration d'outils standardisés et de guides de pratiques ou à des fonctions spécifiques au réseau. Par ailleurs, la formation est une des pratiques stratégiques qui agit le plus fermement sur les déterminants cliniques.

Les infirmières gestionnaires de cas, les infirmières pivot et désignées MPOC ainsi que l'infirmière ASI du réseau postnatal, ont démontré qu'elles mettaient en œuvre les orientations et les règles dans la pratique courante en s'assurant que ces dernières soient appliquées dans les activités quotidiennes des professionnels du réseau. Cette pratique a été identifiée chez les infirmières dont le rôle était précisé dans les documents d'orientation nationaux et régionaux. Elle est exercée aussi par l'infirmière ASI du réseau postnatal qui a élaboré des orientations locales et ces orientations ont par la suite servi de modèle pour l'élaboration d'orientations régionales et qui s'est vue reconnaître une fonction dédiée. Le recours à ces pratiques semble plus probable quand l'infirmière est légitimée dans ses actions ce qui lui apporte la marge de manœuvre et l'autonomie organisationnelle lui permettant d'assurer le suivi de l'application des orientations et des règles.

L'implication à l'élaboration et à la diffusion de protocoles clinico-administratifs ont été constatés chez l'infirmière du suivi intégré du réseau de services pour les personnes âgées et les infirmières du réseau MPOC. Cette observation laisse à penser que l'élaboration de protocoles et leur diffusion sont un instrument formel issu de la pratique de courtier de connaissances. Et tout comme pour la pratique de courtage de connaissances, la pratique d'élaboration de protocoles, se retrouve chez les infirmières qui travaillent plus directement avec les professionnels du milieu hospitalier et particulièrement avec le corps médical. Ceci soulève la même question sur l'influence qu'exerce le type de milieu ou d'acteurs avec lequel l'infirmière évolue sur le choix de certaines pratiques stratégiques. La participation à l'élaboration de protocoles semble liée à l'expertise comme c'est le cas des

infirmières du réseau MPOC. Elle peut aussi être liée à d'autres ressources ou facteurs additionnels comme il a été possible de l'observer avec l'infirmière du suivi intégré pour les personnes âgées qui possédait une excellente connaissance du réseau.

L'analyse des illustrations a aussi permis de mettre en évidence que les infirmières gestionnaires de cas du réseau de services pour les personnes âgées et celles du réseau MPOC ont participé à des comités décisionnels. Les infirmières gestionnaires de cas ont été invitées à participer à ces comités parce qu'elles sont impliquées depuis longtemps dans leur réseau tandis que l'implication des infirmières du réseau MPOC dans ces comités semble associées à leur connaissance pointue de la problématique. Cette observation soulève des questionnements sur le profil d'acteurs qui sont en position pour exercer une influence au sein de comités décisionnels. À la lumière de ces illustrations, il apparaît que l'expérience, la connaissance des ressources et la spécialisation seraient trois ressources individuelles qui auraient une influence sur cette pratique stratégique, mais il serait raisonnable de croire que d'autres facteurs favorisent l'émergence de cette pratique. Par exemple, le sens politique, les habiletés relationnelles et sur le plan structurel, la culture du réseau et son mode de fonctionnement pourrait influencer l'usage de cette pratique stratégique.

La dernière pratique identifiée dans cette phase est la contribution aux démarches de recherche. Ce sont les infirmières du réseau MPOC qui ont démontré qu'elles avaient recours à cette pratique. Bien que cette dernière ne soit pas prédominante, il semble qu'elle soit reliée au fait que ces infirmières travaillent étroitement avec une infirmière clinicienne spécialisée et avec des médecins spécialistes qui mettent en valeur les activités scientifiques. Elles sont ainsi exposées à un environnement qui valorise la recherche. Leur participation à ces activités, en plus de favoriser l'uniformisation des connaissances, contribue à cimenter les collaborations interprofessionnelles.

L'analyse des pratiques stratégiques dans cette phase, révèle que certaines d'entre elles ne s'actualisaient pas selon les affirmations de Crossan et coll. (1999) puisqu'en principe, la phase d'institutionnalisation vise le niveau organisationnel. Dans les faits, nous avons découvert que la pratique de formation se réalise au niveau du groupe et de l'organisation tandis que la mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante s'actualise tant au niveau individuel, de groupe, qu'organisationnel.

Nos constats sur le niveau d'actualisation des pratiques dans les phases d'interprétation et d'institutionnalisation soulèvent des questionnements puisqu'ils ne se présentent pas comme Crossan et collègues (1999) l'affirment. Cette situation peut s'expliquer par une divergence dans l'interprétation de ce que représente le niveau d'actualisation. Elle peut également s'expliquer par le fait que Crossan et collègues associent les niveaux d'actualisation avec la phase qui représente un concept macroscopique par rapport à la pratique stratégique. Au-delà de ces possibles différences de points de vue, il demeure pertinent de poursuivre des réflexions sur l'importance du niveau d'actualisation et de se demander si idéalement, il serait nécessaire que chaque pratique s'actualise à tous les niveaux pour avoir une portée optimale.

Diversité des pratiques stratégiques

L'analyse de la localisation des pratiques stratégiques dans les quatre illustrations a permis de faire certains constats sur la diversification des pratiques. En s'appuyant sur le tableau 31, on constate que c'est le réseau MPOC qui présente la plus grande diversité de pratiques puisque les infirmières ont eu recours à 12 des 15 pratiques recensées (80%). Tandis que les deux autres réseaux révèlent des résultats similaires puisque dans le réseau de services pour les personnes âgées on identifie que les infirmières ont recours à 10 pratiques dans la première illustration (66%) et à 8 dans la seconde (53%). Puis, dans le réseau de services postnatal, on note que 10 des 15 pratiques ont été utilisées (66%).

Bien que ces résultats soient approximatifs, ils soulèvent des questionnements relatifs à l'influence du type de réseau et du type de fonction occupée par l'infirmière sur la diversification des pratiques. En effet, nous constatons que c'est dans le réseau MPOC que se déploie la plus large gamme de pratiques. En se référant à la typologie de Leutz (1999), le réseau MPOC est un réseau de coordination qui dessert une clientèle nécessitant une attention spéciale reliée à une clientèle particulière. Ce réseau implique des infirmières pivot et désignées qui sont responsables du plan de soins et de services de ces clients et de la liaison entre les établissements du réseau. Parmi les caractéristiques de ce réseau, on note que les services sont orientés sur une pathologie et sur les traitements s'y référant, qu'il concerne presque uniquement du personnel de la santé (médecins spécialistes, infirmières, pharmaciens) et qu'il se distingue par sa spécialisation. De plus, les fonctions dédiées pour

la mise en place du réseau sont confiées exclusivement à des infirmières, dont le rôle est précisé dans des documents d'orientations régionaux (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002a, 2002b, 2002c). Cet amalgame de caractéristiques, s'arrimant avec des facteurs organisationnels et des ressources individuelles présentés précédemment, soulève la possibilité que la diversification des pratiques puisse avoir un lien avec le type de réseau et avec le type de fonction occupée par l'infirmière. Toutefois, il serait nécessaire de poursuivre des recherches pour démontrer cette hypothèse.

En définitive, cette section sur la localisation et sur les niveaux d'actualisation des pratiques stratégiques nous apprend que la plupart des pratiques stratégiques sont localisées dans les phases d'interprétation et d'institutionnalisation. Ce constat dans le contexte de cette étude permet de supposer que les pratiques auxquelles les infirmières ont eu recours cherchaient véritablement à faire comprendre le sens et le fonctionnement du réseau et à pérenniser la structure et le fonctionnement de ce dernier. Tel qu'énoncé, les pratiques stratégiques dans les phases d'intuition et d'intégration étaient moins nombreuses, mais pas moins importantes. Dans la phase d'intuition, considérant la nature tacite de pratiques, il est plus difficile de les mettre en lumière. Par ailleurs, les pratiques dans la phase d'intégration mériteraient d'être explorées plus à fond puisque dans cette recherche notre méthode de collecte de donnée a peut être limité l'identification de ces pratiques. Et si ce n'était pas le cas, nous pourrions déduire qu'il est plus difficile d'appliquer des pratiques stratégiques dans la phase d'intégration et que cela pourrait avoir un effet limitatif sur l'apprentissage organisationnel.

Notons par ailleurs que les seules pratiques stratégiques qui ont été identifiées dans les quatre illustrations sont l'expérimentation, la promotion et la formation. Ces pratiques se situent respectivement, dans les phases d'intuition, d'interprétation et d'institutionnalisation. À première vue, la prévalence de ces pratiques pourrait suggérer que ces dernières jouent un rôle plus important pour permettre l'apprentissage organisationnel favorisant l'intégration clinique. Nous croyons en effet que ces pratiques jouent un rôle important dans ce processus. Toutefois, leur utilisation importante pourrait être conditionnée d'autres facteurs par par exemple, par l'expérience personnelle et professionnelle de l'infirmière et par certaines compétences particulières. Des facteurs

organisationnels pourraient aussi intervenir en la faveur de ces pratiques par exemple la vision et la culture de l'organisation, la volonté de s'impliquer, le soutien des gestionnaires, etc.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence que la majorité des pratiques s'actualisaient au niveau du groupe (cf. tableau 31). Ce constat vient appuyer fermement l'importance du groupe dans la dynamique de mobilisation des pratiques en faveur d'une plus grande intégration clinique. Toutefois, nous avons observé dans certains cas que des pratiques s'actualisaient à plusieurs niveaux ou dans des niveaux qui ne semblaient pas en concordance avec les écrits (Crossan et al., 1999). Cette situation nous conduit à nous questionner sur l'importance des niveaux d'actualisation des pratiques et à nous demander si les pratiques stratégiques ne devraient pas viser simultanément les trois niveaux puisque nous prétendons qu'une pratique n'aura pas le même effet au niveau individuel, du groupe et de l'organisation.

Enfin, l'analyse de la diversité des pratiques stratégiques a soulevé des réflexions relativement à l'influence des types de réseaux et des fonctions dédiées sur la gamme de pratiques utilisées. Cette réflexion mériterait toutefois d'être poursuivie dans le cadre d'une autre étude.

Dynamique de la mobilisation des pratiques stratégiques

Cette section vise à présenter une analyse des dynamiques d'apprentissage organisationnel des différentes illustrations afin de mieux comprendre le processus d'apprentissage organisationnel. La dynamique d'apprentissage organisationnel réfère à la façon dont les pratiques sont mobilisées et à l'influence entre les pratiques et les apprentissages en tenant compte des liens entre les phases d'apprentissage.

L'analyse des cas à l'étude nous a appris que chacune des pratiques produisait des apprentissages individuels et organisationnels formant une boucle à l'intérieur de chaque phase. Ainsi, sur la base des données recueillies, il est possible de dégager, de façon préliminaire, que le nombre de pratiques stratégiques dans chaque phase, a une influence cumulative sur l'apprentissage organisationnel puisque chaque pratique stratégique produit ses apprentissages.

Par ailleurs, nous avons constaté que certaines pratiques jouaient des rôles particuliers dans la dynamique d'apprentissage en agissant sur la fluidité entre les phases. À cet effet, certaines pratiques permettent à son utilisateur de se préparer à utiliser des pratiques dans une autre phase. À titre d'exemple, la pratique d'expérimentation en permettant à l'infirmière de créer sa propre théorie d'usage, lui permet de consolider ses explications et de développer son langage, l'outillant ainsi pour les pratiques qu'elle utilisera dans la phase d'interprétation. Notons aussi que certaines pratiques établissent des ponts entre deux phases, car elles empruntent des caractéristiques à ces dernières. C'est le cas de la pratique d'organisation d'activités qui établit un lien entre la phase d'interprétation et la phase d'intégration dans la mesure où la réalisation de cette pratique nécessite un dosage d'explication, d'expression, d'échange et d'entraide qui correspondent à des actions relevant des deux phases.

L'analyse des différentes illustrations a aussi permis de mettre en évidence des distinctions dans les processus liant les pratiques et les apprentissages des infirmières d'une phase à une autre. Ces derniers, que nous avons nommés des patterns, sont illustrés à la figure 3. Ainsi, nous avons constaté que l'infirmière au suivi intégré pour les personnes âgées et l'ASI du réseau de services postnataux empruntait une dynamique similaire. Les pratiques de ces infirmières s'enchaînent de façon graduelle de la phase d'intuition à la phase d'institutionnalisation, générant des apprentissages individuels et de groupe qui se traduisent par la suite, au niveau organisationnel. (Figure 3-Pattern A).

Les infirmières pivot et désignées du réseau MPOC présentent une dynamique où les pratiques institutionnalisantes semblent être le point de départ du processus. Elles laissent voir une boucle dynamique impliquant principalement la phase d'institutionnalisation, d'interprétation et d'intégration. (Figure 3-Pattern B).

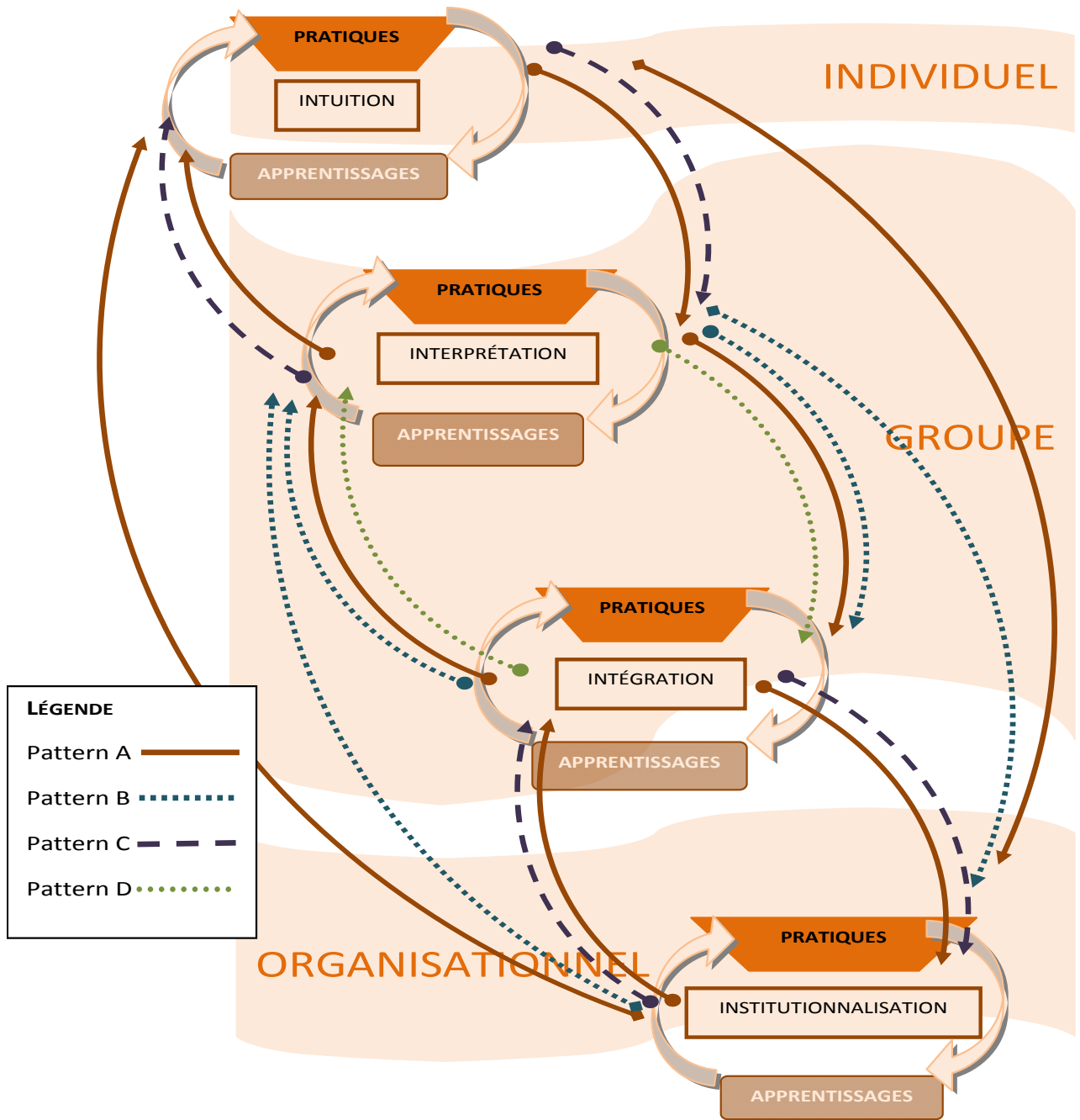
Par ailleurs, les pratiques identifiées chez les infirmières gestionnaires de cas pour les personnes âgées présentent une autre dynamique de mobilisation des pratiques. De fait, l'analyse des données a permis de percevoir une boucle de rétroaction entre les pratiques stratégiques des phases d'intuition et d'interprétation et une seconde boucle entre les phases d'intégration et d'institutionnalisation. Le lien entre ces deux boucles, c'est-à-dire, entre la phase d'interprétation et d'intégration, semble plutôt faible et se manifeste par des pratiques circonscrites voire, ponctuelles qui visent le groupe restreint (Figure 3-Pattern C).

Enfin, on constate que l'infirmière de liaison en gériatrie et l'infirmière gestionnaire de périnatalité qui n'occupent pas de fonction dédiée pour la mise en réseau ont recours à des pratiques qui se localisent dans la phase d'interprétation et d'intégration et qui forment une boucle dynamique. Les pratiques auxquelles elles recourent sont plus opérationnelles, c'est-à-dire, qu'elles permettent la réalisation d'activités concertées et concrètes entre les acteurs du réseau. Cette boucle dynamique peut éventuellement avoir une influence sur la routinisation et ainsi, favoriser l'institutionnalisation puisqu'elles entreront dans la pratique courante des professionnels (Figure 3-Pattern D).

Ces constats sur ces différents patterns d'apprentissage organisationnel a permis de confirmer l'affirmation de Crossan et collègues (1999) à l'effet qu'il existe un processus dynamique entre les phases. Notre analyse nous a toutefois appris que ce processus n'évoluait pas selon un modèle préétabli. En effet, nous avons découvert quatre patterns différents qui se présentaient ainsi car ils pouvaient avoir subi différents types d'influences.

Ainsi, le type de réseau peut avoir une influence sur le pattern d'apprentissage organisationnel. Par exemple, un réseau plus spécialisé comme le réseau MPOC, qui s'est construit en se reposant sur des données probantes, présente un pattern différent d'un projet d'intégration comme celui du réseau de services postnatal, qui a émergé d'une démarche exploratoire. Les facteurs organisationnels et les ressources individuelles sont aussi des éléments qui méritent d'être considérés dans le pattern d'apprentissage organisationnel. Au chapitre des facteurs organisationnels, le fait qu'une infirmière occupe une fonction dédiée pour le réseau ou non et que cette fonction puisse être réservée uniquement à des infirmières peut avoir une influence sur le processus de la dynamique d'apprentissage. Il en va de même de la structure d'échange entre les établissements du réseau qui peut agir sur ce processus. Enfin, considérant que les pratiques stratégiques sont effectuées par des acteurs professionnels et que ces derniers sont à la base du processus d'apprentissage organisationnel, il apparaît raisonnable de croire que les ressources individuelles puissent avoir une influence sur le choix des pratiques et conséquemment, sur le processus d'apprentissage organisationnel privilégié.

Figure 3 - Dynamique de la mobilisation des pratiques



En résumé, la première hypothèse de cette étude stipule que les infirmières ont recours à des pratiques qui se localisent dans les quatre phases du processus d'apprentissage (Crossan et al., 1999) et que ces dernières s'actualisent au niveau individuel, du groupe et au niveau organisationnel. Cette hypothèse soutient aussi que ces pratiques seraient animées d'une dynamique favorisant le passage d'une phase à une autre.

Les données recueillies dans les cas à l'étude ont permis d'identifier quinze pratiques stratégiques qui ont été classifiées dans les différentes phases d'apprentissage organisationnel et qui ont par la suite été définies à partir de l'information émanant du matériel empirique. L'analyse transversale a permis de découvrir une prédominance de trois pratiques stratégiques soit, l'expérimentation, la promotion et la formation. Elle a aussi mise en évidence que la plupart des pratiques se localisaient dans les phases d'intégration et d'institutionnalisation et qu'elles s'actualisaient principalement au niveau des groupes de professionnels. Bien que nous considérions que ces résultats soient préliminaires, elles ont permis de mieux comprendre les intentions et les stratégies des infirmières qui cherchent à améliorer l'intégration clinique. Elles ont aussi permis de voir que la cible des pratiques stratégiques des infirmières visait les professionnels, dans la dynamique d'équipe. Certains questionnements ont été soulevés à la suite de ces découvertes relativement à l'influence du type de réseau sur la diversité des pratiques.

Par ailleurs, notre analyse a permis de mieux comprendre le processus d'apprentissage organisationnel. Ainsi, il a été possible de découvrir que les pratiques stratégiques généraient des apprentissages organisationnels à l'intérieur de chaque phase et que ces pratiques jouaient un rôle entre les phases assurant ainsi la consolidation des apprentissages organisationnels et la fluidité du processus d'apprentissage. Enfin, cette analyse a permis d'identifier différents patterns de mobilisation des pratiques qui sont venus confirmer la dynamique du processus d'apprentissage organisationnel. Cette découverte a mis en évidence que le processus s'adapte selon les facteurs en présence, pour favoriser l'apprentissage organisationnel. En définitive, il est apparu que tant, dans le choix et le recours aux pratiques stratégiques, que dans le processus d'apprentissage organisationnel, les ressources individuelles et les facteurs organisationnels pouvaient jouer un rôle non négligeable.

Apprentissages organisationnels et intégration clinique

La seconde proposition de cette étude affirme que les infirmières adoptent des pratiques favorisant des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique. La validation de cette hypothèse était en soi un défi, puisque les écrits ne font pas état des pratiques stratégiques et par conséquent, le lien entre les pratiques stratégiques et les apprentissages organisationnels ne sont pas documentés. Afin de reconnaître les apprentissages organisationnels, nous nous sommes appuyés sur les manifestations d'apprentissages organisationnels présentés dans les écrits afin de valider théoriquement ce qui avait été découvert empiriquement (Argyris & Schon, 1996; Argyris & Schön, 1974; Argyris & Schön, 1978; Cohen & Sproul, 1991; Crossan et al., 1999; Crossan et al., 1995; Levitt & March, 1988; Senge, 1991). Ces manifestations d'apprentissages sont la capacité d'adaptation, les habiletés dans la résolution de problèmes, l'implication des employés, l'environnement d'apprentissage.

L'analyse des données empiriques dans chacune des illustrations a permis d'identifier des apprentissages organisationnels pour chaque pratique stratégique. À partir des apprentissages identifiés, il a été possible de préciser les apprentissages organisationnels reliés à chaque pratique stratégique pour l'ensemble des cas étudiés. Ces apprentissages organisationnels ont été mis en relation avec les manifestations d'apprentissages organisationnels présentés dans les écrits afin de catégoriser les apprentissages qui avaient été identifiés dans les études de cas. Le tableau 32, est une synthèse de la démarche qui a conduit à l'identification des apprentissages organisationnels. Il présente dans la première colonne, chacune des phases d'apprentissage organisationnel puis, dans la seconde colonne, les pratiques stratégiques qui ont été identifiées dans les différentes illustrations. Pour chaque pratique stratégique, les apprentissages organisationnels sont précisés dans la troisième colonne. Enfin, la dernière colonne, présente les manifestations d'apprentissages organisationnels associées à chaque apprentissage organisationnel.

Tableau 32 - Pratiques stratégiques et apprentissages organisationnels récurrents

PHASES	PRATIQUES STRATÉGIQUES	INFLUENCE SUR L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL	Manifestations d'apprentissage				
			Implication	Capacité d'adaptation	Résolution de problèmes	Information sur le processus	Environnement d'apprentissage
INTUITION	Dépistage	Permet l'identification d'« erreurs de système »			✓		
	Expérimentation	Bâtit sa propre théorie de l'action à partir de la pratique <ul style="list-style-type: none"> Identifie les interventions qui sont les plus porteuses d'intégration clinique Développe sa compréhension des structures impliquées dans le réseau Questionne ses hypothèses et ses pistes de solutions 			✓		
	Consultation	Facilite l'échange des savoirs et des connaissances intra et inter-organisationnelles				✓	✓
INTERPRÉTATION		Favorise le développement d'un langage commun		✓			
		Crée des conditions d'apprentissage favorables : <ul style="list-style-type: none"> renforce le lien de collaboration inter-établissements 					✓
	Courtier de connaissances	Permet l'appropriation collective de la philosophie, des concepts et principes reliés à l'intégration		✓		✓	
		Permet la mise à jour des connaissances cliniques et de réseau				✓	
		Met en place des conditions favorables à la structuration d'actions communes <ul style="list-style-type: none"> Favorise le rapprochement et le dialogue interprofessionnel 					✓
		Favorise le développement de schèmes cognitifs et d'un langage commun		✓			
	Négociation	Mobilise plusieurs stratégies simultanées et en impliquant les autres professionnels/organisations pour résoudre des problèmes ou des erreurs de système		✓		✓	
		Améliore et clarifie la compréhension du travail de réseau et de ses enjeux				✓	
		Permet le développement d'une vision de l'intégration		✓			

PHASES	PRATIQUES STRATÉGIQUES	INFLUENCE SUR L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL	Manifestations d'apprentissage				
			Implication	Capacité d'adaptation	Résolution de problèmes	Information sur le processus	Environnement d'apprentissage
		Stimule la discussion et la réflexion de groupe autour des enjeux du projet	✓				✓
		Assure la circulation d'information sur les aspects structurels et fonctionnels du réseau				✓	
	Promotion	Améliore la qualité d'intervention des novices occupant des fonctions « dédiées »	✓	✓			
		Améliore les connaissances sur les finalités d'un réseau de services intégrés, sur son fonctionnement et sur les acteurs clé du réseau		✓		✓	
		Améliore les conditions d'apprentissage en créant des rapprochements	✓				✓
		Permet l'identification collective des « erreurs de système » et l'identification de pistes de solution			✓		
	Relais d'information	Favorise l'ajustement du projet aux besoins des partenaires	✓	✓			
		Facilite l'ajustement et l'amélioration des informations transmises entre les professionnels et établissements		✓		✓	✓
		Fait connaître le réseau à d'autres acteurs à l'extérieur de celui-ci					✓
	INTEGRATION	Agent mobilisateur	Aide les professionnels à respecter et à améliorer les liens inter organisationnels et le travail en réseau	✓	✓		
Favorise la reconceptualisation et l'expérimentation de nouvelles pratiques ou processus cliniques concertés				✓			✓
Pratique partagée		Permet de réaliser les objectifs cliniques et ceux de l'intégration des soins	✓				
Organisation d'activités		Favorise le développement d'orientations et d'actions communes		✓		✓	
		Mobilise les acteurs dans la recherche de solution et de stratégies novatrices	✓	✓			

PHASES	PRATIQUES STRATÉGIQUES	INFLUENCE SUR L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL	<i>Manifestations d'apprentissage</i>					
			Implication	Capacité d'adaptation	Résolution de problèmes	Information sur le processus	Environnement d'apprentissage	
		Stimule le rapprochement des intervenants du réseau qui apprennent à : <ul style="list-style-type: none"> partager des informations et des stratégies ; échanger sur les succès et sur les aspects à améliorer ; identifier des solutions partagées ; clarifier les processus et mécanismes existants et identifier de nouvelles façons de faire. 	✓		✓		✓	
		Favorise le partage et le développement de nouvelles stratégies d'actions organisationnelles concertées		✓	✓			
INSTITUTIONNALISATION	Mise en œuvre des orientations et des règles dans la pratique courante	Favorise l'intégration graduelle et naturelle des règles <ul style="list-style-type: none"> Routinisation Automatisation 	✓	✓				
		Permet l'ancrage des orientations et des pratiques		✓		✓		
	Formation	Favorise la standardisation de : <ul style="list-style-type: none"> Langage Vision, valeurs Modes d'action de l'intégration Pratiques Outils 		✓		✓		
	Élaboration des protocoles	Établit une trace écrite pour assurer la pérennité					✓	
		Favorise l'ancrage des orientations			✓		✓	
	Participation aux comités décisionnels	Favorise la structuration et la légitimation des rôles dédiés	✓	✓			✓	
	Contribution aux démarches de recherche	Contribue au développement des connaissances qui sont utiles au réseau		✓				

L'analyse des cas à l'étude a permis de constater que les apprentissages organisationnels étaient variés, que certaines pratiques pouvaient générer plus d'un apprentissage et que ces apprentissages pouvaient concerner l'individu, le groupe et l'organisation. Par exemple, la pratique de relais d'informations favorise l'ajustement du projet aux besoins des partenaires, facilite l'ajustement et l'amélioration des informations transmises entre les professionnels et établissements et fait connaître le réseau à d'autres acteurs à l'extérieur de celui-ci. On constate aussi que certains apprentissages sont le produit de différentes pratiques stratégiques. C'est le cas du développement du langage commun qui est identifié dans la pratique de consultation, de courtier de connaissances et de formation.

Parmi les apprentissages identifiés, il a été possible d'observer que certains étaient reliés plus spécifiquement à la mise en réseau ou à l'intégration clinique par exemple, la mise à jour des connaissances de réseau, la clarification de la compréhension du travail en réseau et de ses enjeux, le développement d'une vision de l'intégration, etc. Tandis que d'autres apprentissages organisationnels s'appliquent à toute situation impliquant un changement ou un ajustement organisationnel incluant la mise en réseau.

Par ailleurs, la catégorisation effectuée à partir des manifestations d'apprentissages a permis de mettre en évidence d'une part qu'un apprentissage organisationnel pouvait se manifester de plus d'une façon. Par exemple, l'appropriation collective de la philosophie, des concepts et des principes reliés à l'intégration, relié à la pratique de courtier de connaissances est associé à la capacité d'adaptation et à l'information sur le processus.

D'autre part, cette catégorisation a révélé que, dans chaque phase d'apprentissage, certaines manifestations d'apprentissages organisationnels étaient dominantes. Ainsi, dans la phase d'intuition, la résolution de problèmes est éminente. Dans la phase d'interprétation, c'est la capacité d'adaptation, l'information sur le processus et l'environnement d'apprentissage qui sont prédominants. Tandis que dans la phase d'intégration, la capacité d'adaptation et l'implication sont plus présentes. Puis, dans la phase d'institutionnalisation, la capacité d'adaptation et l'information sur le processus sont prépondérantes. Ce constat a permis de découvrir un alignement et une cohérence entre : 1) la définition et le sens de chaque phase d'apprentissage, 2) les pratiques stratégiques et 3) leurs apprentissages et 4) les manifestations d'apprentissages organisationnels. Par exemple, dans la phase

d'intuition, les pratiques de dépistage et d'expérimentation identifiées visent à capter l'essence d'une situation donnée et à émettre des hypothèses et des pistes de solutions. Les apprentissages générés sont l'identification des « erreurs de système », la construction d'une théorie de l'action à partir de la pratique où l'infirmière apprend à identifier les interventions les plus porteuses d'intégration clinique, développer une compréhension des structures impliquées dans le réseau et questionner les pistes de solutions et la manifestation prédominante est la résolution de problèmes. Cette découverte permet d'envisager une perspective intéressante relative à l'exploitation des pratiques stratégiques et des apprentissages organisationnels dans des contextes spécifiques.

En bref, ces constats apportent des informations préliminaires sur la portée des apprentissages organisationnels sur l'intégration clinique. Et bien que ces apprentissages organisationnels méritent d'être étudiés plus à fond dans d'autres situations d'intégration clinique, les constats effectués confirment le lien étroit et dynamique entre la pratique stratégique et l'apprentissage. Ils permettent également de comprendre que le processus d'apprentissage organisationnel favorisant le passage d'une phase à une autre, ne repose pas uniquement sur les pratiques stratégiques, mais aussi sur certains apprentissages organisationnels consécutifs à une ou à des pratiques stratégiques qui soutiennent le recours à d'autres pratiques stratégiques qui peuvent être localisés dans une autre phase.

Cette analyse révèle aussi que les apprentissages organisationnels visent certains déterminants de l'intégration et particulièrement, les déterminants cliniques comme l'utilisation d'un langage professionnel commun impliquant l'utilisation de pratiques cliniques harmonisées, de standards de pratiques et de critères communs ainsi que la communication continue entre dispensateurs de soins et usagers. Toutefois, un certain nombre d'apprentissages ne seraient pas spécifiques à l'intégration. Ce qui permettrait de considérer que certaines pratiques stratégiques et les apprentissages organisationnels qu'elles génèrent pourraient favoriser des changements de pratiques dans d'autres contextes de soins ou de services.

Cette analyse a permis également de valider les liens entre les apprentissages organisationnels identifiés et les manifestations d'apprentissages organisationnels et d'établir une cohérence entre les visées de chaque phase, les pratiques et les apprentissages

organisationnels s’y référant ainsi que les manifestations d’apprentissages organisationnels qu’elles projettent.

Ces différentes découvertes permettent de mieux comprendre l’influence des apprentissages organisationnels sur l’intégration clinique et de souligner l’importance de poursuivre des recherches sur la nature de ces apprentissages et sur leurs liens avec les pratiques stratégiques afin de rendre ces derniers plus explicites dans l’optique d’outiller les infirmières et les autres professionnels évoluant dans ce contexte.

L’influence des ressources individuelles et des facteurs organisationnels sur les pratiques stratégiques et sur l’apprentissage organisationnel

Cette étude soutient l’hypothèse que les pratiques stratégiques privilégiées par les infirmières sont influencées par leurs ressources individuelles et que le recours à ces pratiques stratégiques ainsi que le processus d’apprentissage organisationnel sont influencés par des facteurs organisationnels.

L’objectif de cette section est de porter un regard sur les ressources individuelles et les facteurs organisationnels qui ont été identifiés dans les différentes illustrations et de comprendre dans quelle mesure le déploiement des pratiques stratégiques et des apprentissages organisationnels sont influencés par la présence de ces ressources et de ces facteurs.

L’analyse des données empiriques permet de constater que les infirmières font référence abondamment aux ressources individuelles et aux facteurs organisationnels lorsqu’elles font état des pratiques auxquelles elles recourent pour favoriser l’intégration clinique.

Ressources individuelles

Comme présentée au tableau 33, l’analyse des illustrations a permis d’identifier un certain nombre de ressources individuelles. Ces ressources individuelles sont composées de ressources personnelles et de ressources professionnelles. Sans présumer du poids de

l'influence des ressources personnelles par rapport aux ressources professionnelles, nous constatons la présence d'un nombre plus important de ressources personnelles.

L'analyse de l'ensemble des données recueillies dans les trois cas permet de mettre en évidence qu'au chapitre des ressources personnelles, les habiletés relationnelles sont présentes dans toutes les illustrations. On identifie que l'ouverture aux autres, la curiosité intellectuelle et le jugement sont présents dans la majorité des illustrations. Il en va de même du leadership et de la conviction de pouvoir faire une différence que l'on pourrait traduire comme une manifestation de confiance en soi. Par ailleurs, la vision et les habiletés politiques, la volonté d'apprendre, d'actualiser le réseau et de partager ses connaissances de même que le sens de l'organisation et la créativité font partie des ressources personnelles identifiées chez les infirmières, dans la moitié des illustrations. Enfin, on note la notoriété, l'autonomie et la patience une seule fois.

Au niveau des ressources professionnelles, une vision claire et large de l'intégration, les expériences variées, l'expertise et la variété des connaissances ont été identifiées chez les infirmières dans toutes les illustrations à l'étude. Aux yeux des répondants la vision comprend les valeurs et croyances. Elle réfère à la globalité (biopsychosociale), aux principes d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité, à l'interdisciplinarité, au professionnalisme et à la réponse aux besoins du client. Les expériences réfèrent quant à elles, à la polyvalence clinique et organisationnelle (variété et types d'établissements, de fonctions et de niveaux de responsabilité occupés). L'expertise se décline de différentes manières notamment par rapport à la clientèle, à l'approche et à la spécialisation clinique. L'autonomie professionnelle et la crédibilité professionnelle ont pour leur part, été identifiées dans deux des quatre illustrations.

Les analyses effectuées relativement aux pratiques stratégiques et aux apprentissages organisationnels révèlent que la plupart des pratiques stratégiques sont localisées dans deux phases, la phase d'interprétation et la phase d'institutionnalisation. Les pratiques stratégiques localisées dans la phase d'interprétation sont axées sur le partage d'idées, de vision, d'informations et de savoirs tandis que celles se retrouvant dans la phase d'institutionnalisation sont orientées sur le développement et le partage des connaissances, sur la standardisation du langage, de la vision, des valeurs, des modes d'action et des outils ainsi que sur l'ancrage des orientations.

Un regard sur les ressources individuelles répertoriées auprès des répondants permet de constater que les ressources personnelles rapportées plus fréquemment, semblent plus étroitement reliées aux caractéristiques des pratiques citées précédemment dans la mesure où ces pratiques sont orientées sur la communication, l'information ainsi que sur le développement des compétences et des connaissances. Quant aux ressources professionnelles, nous sommes à même de constater que la vision de l'intégration guide la plupart des pratiques et que les deux autres ressources professionnelles prédominantes soit, l'expérience et l'expertise, sont des ressources importantes, particulièrement pour la réalisation des pratiques institutionnalisantes car ces pratiques nécessitent un cumul de différents types de connaissances.

Relativement aux autres ressources, il apparaît que ces dernières influencent le développement ou la consolidation de pratiques situées dans d'autres phases d'apprentissage. Par exemple, le sens de l'organisation semble important pour la pratique d'organisation d'activités et la créativité apparaît soutenante pour la pratique d'expérimentation.

Tableau 33 - Ressources personnelles et professionnelles

Ressources	1.1-Personnes âgées	1.2-Personnes âgées	2-MPOC	3-Services postnataux	Réurrence
Ressources personnelles					
Habilités relationnelles	✓	✓	✓	✓	4
Ouverture aux autres		✓	✓	✓	3
Curiosité intellectuelle	✓	✓	✓		3
Jugement		✓	✓	✓	3
Leadership		✓	✓	✓	3
Conviction de pouvoir faire une différence	✓	✓	✓		3
Vision	✓			✓	2
Habilités politiques	✓			✓	2
Volonté d'apprendre		✓	✓		2
Sens de l'organisation		✓	✓		2
Créativité		✓	✓		2
Notoriété	✓				1
Autonomie			✓		1
Patience			✓		1
Ressources professionnelles					
Vision claire et large de l'intégration	✓	✓	✓	✓	4
Expériences variées	✓	✓	✓	✓	4
Expertise	✓	✓	✓	✓	4
Autonomie professionnelle		✓		✓	2
Crédibilité professionnelle			✓	✓	2

Facteurs organisationnels

Le tableau 34 présente les facteurs organisationnels qui ont été identifiés dans les quatre illustrations. Les facteurs organisationnels se regroupent sous des facteurs internes aux réseaux à l'étude et sous des facteurs externes à ceux-ci.

L'analyse transversale permet de faire le constat que plusieurs facteurs organisationnels internes sont présents dans toutes les illustrations à l'étude. Parmi ces facteurs, la création de fonctions dédiées semble déterminante. De fait, il apparaît que la

plupart des pratiques stratégiques identifiées sont effectuées par les infirmières qui occupent ces fonctions dédiées. Cette constatation suggère qu'il y a possiblement, un lien à faire entre les fonctions dédiées et le recours aux pratiques stratégiques.

Les autres facteurs organisationnels internes qui se retrouvent dans toutes les illustrations sont la volonté des établissements, le soutien des gestionnaires et la présence d'une structure d'échange interétablissements. Ces facteurs semblent inter relié et semblent favoriser l'actualisation de pratiques stratégiques en faveur de l'intégration dans la mesure où l'établissement volontaire exerce un leadership mobilisateur et prend des décisions cohérentes avec les finalités du réseau comme celles de créer des fonctions dédiées et de s'assurer que les gestionnaires s'impliquent auprès des professionnels du réseau et des autres établissements concernés. Les gestionnaires quant à eux, offrent un encadrement consistant, reconnaissent l'importance d'investir du temps pour réaliser le travail en réseau et stimulent la synergie d'équipe par différents moyens comme, en créant des lieux d'échanges qui deviennent les espaces de rapprochements interprofessionnels favorisant la production de pratiques stratégiques. Notons par ailleurs que dans la majorité des illustrations, la présence de documents d'orientations et de mécanismes de soutien à la mise en place du réseau par l'instance de gouverne régionale est identifiée par les répondants comme un facteur important. Dans une moindre mesure, les répondants indiquent que les formations et les comités locaux ainsi qu'une organisation favorisant l'autonomie professionnelle semblent être des facteurs soutenant.

L'analyse des données a permis d'identifier des facteurs externes qui semblent avoir une influence sur la mise en réseau. Les facteurs externes qui sont identifiés dans la majorité des illustrations sont la charge de travail, la suffisance et l'adéquation des ressources, les systèmes d'information clinique et la proximité géographique entre les points de services du réseau et enfin, l'organisation du travail. Ces facteurs externes semblent, à première vue, avoir un rôle secondaire relativement aux pratiques stratégiques et aux apprentissages organisationnels, mais ce n'est pas le cas puisque selon nos observations, les facteurs organisationnels externes auraient une influence notable sur la capacité d'agir des acteurs, sur l'accessibilité à l'information et la capacité de travailler en équipe.

Tableau 34 - Facteurs organisationnels

Facteurs organisationnels	1.1- Personnes âgées	1.2- Personnes âgées	2- MPOC	3-Services postnataux	Récurrence
Facteurs internes					
Fonctions « dédiées » pour la mise en réseau	✓	✓	✓	✓	4
Soutien des gestionnaires	✓	✓	✓	✓	4
Volonté des établissements	✓	✓	✓	✓	4
Structure d'échange inter établissements	✓	✓	✓	✓	4
Documents d'orientations et de référence pour la mise en place du réseau		✓	✓	✓	3
Mécanismes de soutien à la mise en place des outils du réseau par l'instance de gouverne régionale	✓	✓		✓	3
Formations				✓	1
Organisation qui favorise l'autonomie professionnelle	✓				1
Comités de travail		✓			1
Facteurs externes					
Charge de travail		✓	✓	✓	3
Systèmes d'information clinique	✓	✓		✓	3
Proximité entre les établissements ou unités impliquées	✓		✓	✓	3
Suffisance et adéquation des ressources		✓	✓	✓	3
Organisation du travail et le climat			✓	✓	2
Disparité dans l'offre de services d'établissements de mission similaire	✓				1
Règles, protocoles et outils régissant les établissements				✓	1
Lourdeur bureaucratique		✓			1

Au chapitre des facteurs organisationnels, il ressort que la création des fonctions dédiées est un des facteurs déterminants dans le développement et l'utilisation des pratiques stratégiques. Il apparaît aussi que certains facteurs organisationnels tels que la volonté des établissements, le soutien des gestionnaires et la structure d'échange entre établissements sont des facteurs importants dans la consolidation des pratiques stratégiques et dans l'actualisation des apprentissages organisationnels. Par ailleurs, il semble que certains facteurs organisationnels, peu importe s'il s'agit de facteurs internes ou externes, ont une influence comparable sur les pratiques stratégiques et sur les apprentissages organisationnels. Ces facteurs sont reliés à la suffisance et à l'adéquation des ressources qui influencent la charge de travail, à la présence de documents d'orientations, à la présence de

systèmes d'information clinique et de mécanismes de soutien à la mise en place des outils et à la proximité des ressources institutionnelles. D'autres facteurs qui apparaissent complémentaires complètent le tableau des facteurs susceptibles de soutenir le développement des pratiques stratégiques et des apprentissages. Il s'agit des formations, du climat et de l'organisation du travail, de la présence de comités de travail et de règles institutionnelles.

Les facteurs organisationnels représentent des instruments de régulation qui interviennent autant dans la sphère structurelle que dans la sphère professionnelle. Ils ont une influence directe sur la capacité de collaboration des professionnels et donc, sur l'adaptation de leur pratique (Robinson & Casalino, 1996). Conséquemment, les facteurs organisationnels ont la capacité d'exercer une pression positive ou négative sur le recours aux pratiques stratégiques et peuvent aussi influencer la capacité d'apprentissage organisationnel.

En résumé, il a été possible de constater que certaines ressources individuelles se manifestaient davantage en présence de certaines pratiques et que certains facteurs organisationnels étaient incontournables dans le développement des pratiques tandis que d'autres facteurs organisationnels pouvaient agir comme facilitateurs ou comme freins au développement des pratiques et aux apprentissages organisationnels. Ces informations sont d'autant plus importantes qu'elles peuvent enrichir les connaissances sur les ressources individuelles et les facteurs organisationnels à privilégier et à renforcer dans le développement des réseaux. À cet égard, il apparaît que les capacités relationnelles pourraient enrichir les compétences stratégiques identifiées dans les écrits (D'Amour et al., 2007). Par ailleurs, certains facteurs organisationnels dont la mise en place de fonctions « dédiées » pour la mise en réseau, pourraient enrichir les déterminants de l'intégration clinique (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Enfin, cette présentation démontre l'implication particulière des ressources individuelles dans la boucle dynamique liant la pratique stratégique et les apprentissages qui en découlent et le rôle essentiel des facteurs organisationnels dans le processus d'apprentissage organisationnel puisqu'ils offrent les conditions facilitant le développement des pratiques ainsi que l'environnement permettant l'intégration d'apprentissages organisationnels s'actualisant à tous les niveaux.

Chapitre 7 - La discussion

Ce chapitre vise à discuter de la contribution de la thèse au développement des connaissances, à formuler des recommandations pour la pratique ainsi que pour la recherche et enfin, à soulever les aspects liés aux limites de l'étude.

Cette étude avait pour objectif de découvrir si les infirmières avaient recours à des pratiques favorisant un processus d'apprentissage organisationnel permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens d'une meilleure intégration clinique et auquel cas, de comprendre la nature de ces pratiques et les facteurs qui entraînent en jeu dans leur développement et leur évolution.

Le *modèle d'apprentissage organisationnel intégré* constitue l'apport théorique principal de cette thèse. Ce modèle se distingue notamment, en intégrant les concepts de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977, 1995) à ceux de l'apprentissage organisationnel (Crossan et al., 1999). L'analyse stratégique enrichit le modèle en incorporant les aspects contextuels, les facteurs organisationnels et les ressources individuelles qui représentent des zones de pouvoir et d'incertitudes intervenant comme instruments de régulation dans le champ de coopération et d'interdépendance des acteurs (Crozier & Friedberg, 1977). Les professionnels ont recours à des pratiques stratégiques favorisant l'apprentissage organisationnel et permettant de composer avec ces aspects. Le modèle met ainsi en évidence, l'influence des pratiques stratégiques, des facteurs organisationnels et des ressources individuelles sur la capacité d'apprentissage organisationnel.

Ce modèle se distingue également par le fait qu'il illustre le processus dynamique d'ajustement des pratiques individuelles et organisationnelles dans un contexte d'intégration clinique. Le jumelage de l'analyse stratégique et du processus d'apprentissage organisationnel offre donc, un nouvel angle à l'analyse de la mise en réseau et aux changements favorables à l'intégration clinique.

Enfin, en choisissant les réseaux intégrés de services de santé comme terrain de recherche pour identifier les pratiques, les apprentissages organisationnels, les ressources individuelles ainsi que les facteurs organisationnels favorisant l'intégration clinique, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances. Les réseaux intégrés sont des structures

professionnelles (Mintzberg, 1979) en évolution. Ces nouveaux modèles d'organisation de soins et de services transforment les rapports entre les organisations et entre les professionnels (Lamothe, 2005). Le plus grand défi auquel une structure telle qu'un réseau intégré fait face est lié au changement de pratiques. Cette étude a démontré clairement que les pratiques stratégiques et les apprentissages organisationnels identifiés s'inscrivaient dans une mouvance favorisant l'ajustement et le changement donc, la démarche novatrice. Groff (2009) affirme d'ailleurs que le fonctionnement en réseau est favorable à l'innovation. Conséquemment, il est raisonnable de croire que les constats émanant de cette étude pourraient s'appliquer à d'autres structures professionnelles s'inscrivant dans une démarche novatrice. Les connaissances qui émergent de cette étude permettent de mieux comprendre comment s'opèrent les changements dans les organisations, comment se développent les savoirs organisationnels et quelles sont les conditions à privilégier pour favoriser la capacité d'adaptation et la pérennisation.

Du point de vue de la pratique, cette thèse contribue aux connaissances en mobilisant le concept de pratiques stratégiques. Cette recherche a permis, d'identifier et de définir quinze pratiques stratégiques localisées dans les quatre phases d'apprentissage organisationnel et de faire la démonstration des apprentissages engendrés par ces pratiques. Par exemple, la pratique stratégique de *promotion* qui s'est illustrée parmi les pratiques stratégiques les plus couramment identifiées a été définie comme l'action de faire connaître et de mettre en valeur, par différents moyens, le réseau et le rôle de ses acteurs clés. Cette recherche a permis de découvrir que cette pratique semble améliorer les connaissances des professionnels sur les finalités du réseau de services intégrés, sur son fonctionnement et sur les rôles des acteurs clés au sein du réseau et contribuer au développement professionnel et à la qualité des pratiques des infirmières novices occupant des fonctions spécifiques dans le réseau. De plus, cette pratique stratégique semble favoriser la mise en place de conditions d'apprentissage organisationnel en créant des rapprochements entre les acteurs professionnels permettant à ces derniers d'identifier collectivement, des « erreurs de système » (Argyris & Schön, 1978) et des pistes de solutions. L'introduction des pratiques stratégiques apporte un regard novateur sur l'apprentissage organisationnel en démontrant d'une part, les boucles d'apprentissage qui se jouent à l'intérieur et entre chaque phase d'apprentissage organisationnel et d'autre part, en exposant l'éventail d'apprentissages

organisationnels issus de chaque pratique stratégique. Bien que cette étude permette d'accoler des pratiques stratégiques à certaines manifestations d'apprentissage organisationnel (Argyris & Schon, 1996; Argyris & Schön, 1974; Argyris & Schön, 1978; Cohen & Sproul, 1991; Crossan et al., 1999; Crossan et al., 1995; Levitt & March, 1988; Senge, 1991), force est de reconnaître que cette démarche est embryonnaire et ne met en évidence que des tendances qui devraient, dans le cadre de recherches ultérieures, être raffinées afin de développer une connaissance plus précise de la nature des apprentissages générés en intégrant les éléments des théories behaviorales, sociales et cognitives (Rashman et al., 2006) et éventuellement, d'apprécier la capacité d'apprentissage organisationnel des différents types de réseaux.

Cette étude a également apporté un éclairage sur les variations dans les processus d'apprentissage selon différentes situations d'intégration. Ainsi, la stratégie de sélection des cas représentant trois types de réseaux (Leutz, 1999) a permis l'analyse des pratiques des infirmières dans différents contextes d'intégration clinique. Ceci a mis en évidence des liens entre le type de réseau, la diversité des pratiques stratégiques, le rôle que jouent certaines infirmières et la dynamique d'apprentissage en découlant. Cette approche s'est avérée prometteuse puisqu'elle a permis de mieux comprendre l'influence particulière de certains facteurs organisationnels et ressources individuelles, sur la mobilisation des pratiques stratégiques.

En ce qui a trait à la diversité des pratiques, nous nous serions attendus que le réseau présentant une typologie d'intégration complète (Leutz, 1999) offre la plus grande diversité de pratiques stratégiques. Or, notre étude a démontré que c'était le réseau de coordination qui affichait la plus grande diversité de pratiques stratégiques. Dans ces circonstances, il serait intéressant d'approfondir la réflexion sur le rapport entre la diversité de pratiques stratégiques et les types de réseaux (Leutz, 1999).

Par ailleurs, ce constat soulève des réflexions quant à l'importance de la diversité des pratiques pour le développement de l'apprentissage organisationnel. Il vient questionner notamment l'importance de la diversité des pratiques stratégiques et de leur concentration dans certaines phases d'apprentissage organisationnel (Crossan et al., 1999). À cet égard, il serait pertinent de poursuivre des recherches pour mieux comprendre l'influence de la diversité des pratiques stratégiques dans les différentes phases d'apprentissage. Il est

plausible de penser qu'une concentration de pratiques stratégiques dans une ou deux phases de l'apprentissage organisationnel détermine le potentiel d'apprentissage et ultimement l'adaptation des pratiques en faveur d'une intégration clinique.

Notre recherche a aussi permis d'identifier, de façon préliminaire, des facteurs organisationnels et des ressources individuelles impliqués dans le processus d'apprentissage organisationnel. Parmi les facteurs organisationnels, la fonction dédiée pour la mise en réseau est prédominante dans tous les types de réseaux. L'importance de cette fonction peut probablement être rattachée au fait qu'elle permet à ces infirmières d'intervenir tant aux niveaux systémique, organisationnel que clinique (Edwards & Miller, 2003a, 2003b) et ainsi, répondre aux préoccupations de différents auteurs qui affirment que le manque d'intégration dans un niveau limite d'autant l'intégration entre les différents niveaux (Kodner & Kyriacou, 2000). Tel que l'affirment certains auteurs, ces infirmières jouent un rôle particulier en précisant et en donnant du sens à la démarche d'intégration (Denis et al., 2010).

La fonction dédiée pour la mise en réseau est plus ou moins formalisée et se caractérise également par un niveau d'autonomie et d'autorité variable qui ont une influence certaine sur les relations de ces infirmières avec les autres acteurs professionnels du réseau et sur son environnement rejoignant ainsi la vision de l'analyse stratégique quant à la gestion du pouvoir et des incertitudes (Crozier & Friedberg, 1977). Au sujet du niveau d'autorité, nous avons pu remarquer que, même si la fonction dédiée pour la mise en réseau n'implique pas une autorité formelle, elle peut avoir la même influence si l'acteur peut s'appuyer sur ses habiletés relationnelles, sur sa vision de l'intégration, sur des expériences personnelles et professionnelles riches et variées et sur une expertise pertinente.

Il importe aussi de préciser que notre recherche a permis de découvrir un lien entre la dynamique de mobilisation des pratiques et le niveau de formalisation de la fonction dédiée pour la mise en réseau. Ainsi, nous avons pu démontrer qu'une plus grande formalisation de la fonction dédiée induisait une dynamique d'apprentissage organisationnel s'amorçant par des pratiques situées dans la phase d'institutionnalisation (Crossan et al., 1999), ouvrant la voie à une approche plus prescriptive (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). À l'inverse, les infirmières occupant une fonction dédiée peu formalisée présentent une approche inductive dont les pratiques s'amorcent dans la phase

d'intuition (Crossan et al., 1999). En établissant un lien entre le niveau de formalisation de la fonction dédiée pour le réseau, la dynamique de mobilisation des pratiques qu'elle génère et approches de gestion des réseaux (Kodner & Spreuwenberg, 2002), il est vraisemblable d'associer la fonction dédiée formalisée à la quête de performance des organisations et la fonction dédiée moins formalisée, à l'ajustement de l'offre de services qui tient compte du potentiel et des limites des acteurs et du système en présence. Il apparaît toutefois qu'il serait pertinent de poursuivre des recherches pour approfondir le lien entre les types de réseaux, le niveau de formalisation des fonctions dédiées, les approches de gestion et leur influence sur l'apprentissage organisationnel.

Par ailleurs, certaines ressources individuelles ont un rôle prépondérant dans l'actualisation des pratiques stratégiques et des apprentissages organisationnels favorisant l'intégration clinique. Dans le cadre de cette recherche, nous avons constaté l'importance des habiletés relationnelles sur la régulation des incertitudes générées par des changements tels que la mise en réseau (Crozier & Friedberg, 1977). Nous avons également découvert que cette ressource individuelle était soutenue dans tous les cas, par trois autres ressources soient, la vision de l'intégration, l'expérience et l'expertise. Afin de bien comprendre et d'illustrer les liens observés empiriquement entre les ressources individuelles, les facteurs organisationnels, les pratiques stratégiques et les manifestations d'apprentissage organisationnel, la figure 4 présente une reproduction du modèle d'apprentissage organisationnel intégré enrichie du détail de chaque composante.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressés spécifiquement aux infirmières, car les données empiriques et la littérature mettaient en évidence que ces professionnelles jouaient un rôle important dans la mise en place des réseaux intégrés de services depuis leurs débuts. Or, nous avons été à même de constater que peu d'écrits sur l'apprentissage organisationnel impliquaient spécifiquement des infirmières (Korhonen & Paavilainen, 2002). Cette étude contribue à combler cette carence en identifiant les pratiques stratégiques des infirmières favorisant les apprentissages organisationnels dans un contexte d'intégration clinique. Ces résultats sont d'autant plus importants que depuis les dernières années, on a assisté au développement de nouveaux rôles cliniques. Ces nouveaux rôles ont élargi le champ de pratique de certaines infirmières. Or, il apparaît intéressant de se questionner sur la place des pratiques stratégiques dans ces nouveaux rôles et de se

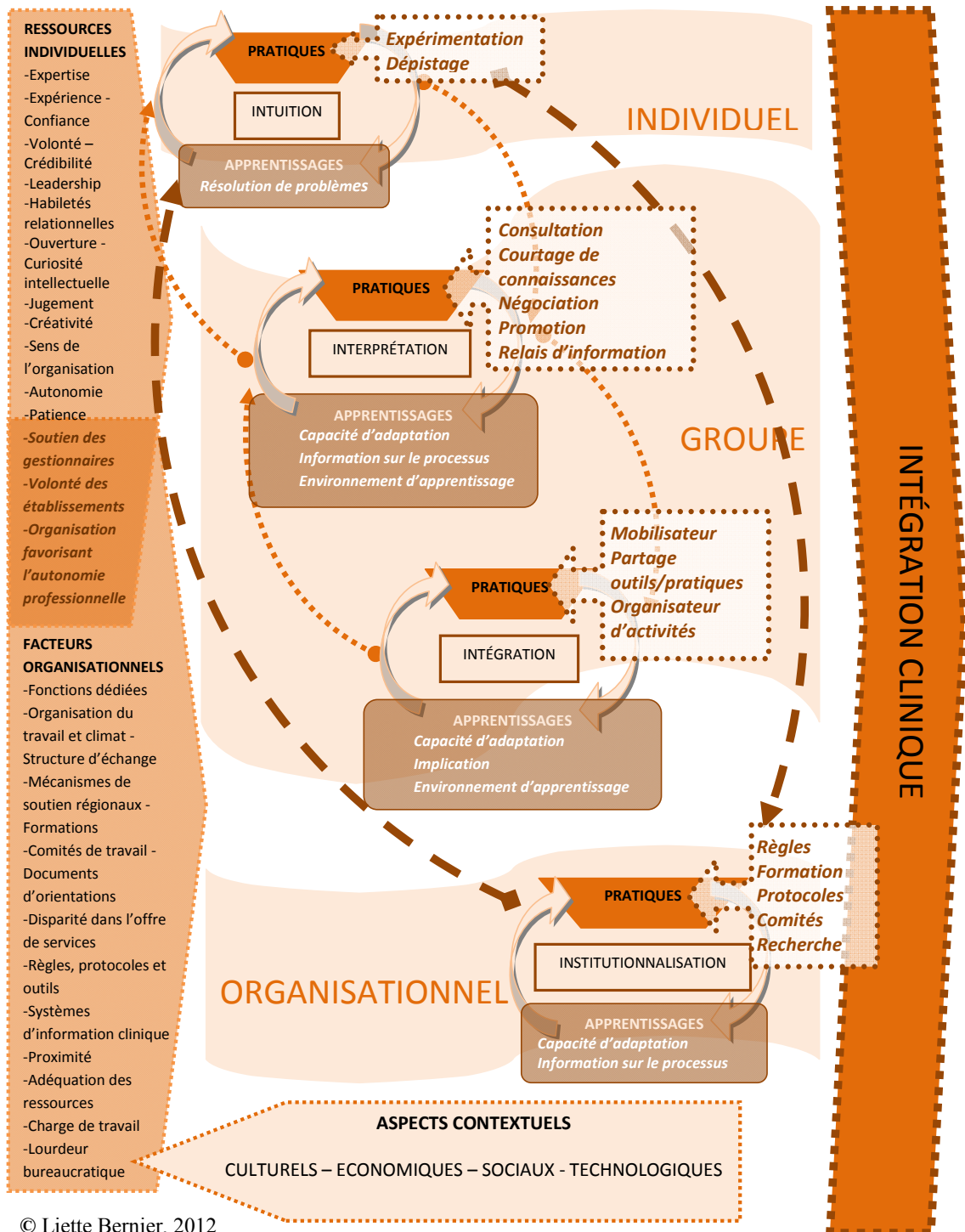
demander comment le recours à des pratiques stratégiques pourrait optimiser la contribution des infirmières dans la mise en place des projets ou des services intégrés. Par ailleurs, nous avons constaté que bien que les pratiques stratégiques aient été identifiées chez les infirmières, ces pratiques n'étaient pas rattachées exclusivement à la discipline infirmière. Ce qui nous amène à croire qu'il pourrait être utile de diffuser ces pratiques stratégiques aux infirmières et à d'autres professionnels qui évoluent dans des réseaux de services intégrés.

Recommandations pour la pratique

Depuis les premières initiatives d'intégration, les décideurs et les gestionnaires se questionnent sur les stratégies à privilégier pour atteindre les finalités de l'intégration clinique. Certains ont choisi des stratégies impliquant les structures organisationnelles (intégration verticale ou horizontale), d'autres ont accordé de l'importance à la standardisation des processus cliniques en élaborant des protocoles et des outils uniformes. Plusieurs gestionnaires témoignent de la difficulté de réaliser l'intégration clinique. Tel que l'affirme Leutz (1999) « ton intégration est ma fragmentation ». Cette citation en dit long sur le défi de l'intégration au quotidien puisqu'elle met en évidence l'ampleur de la mouvance et des jeux de pouvoir qui en découlent. Dans ces circonstances, aucune stratégie se reposant uniquement sur la structure organisationnelle ou sur des règles écrites ne peut passer l'épreuve du temps. Les décideurs et les gestionnaires doivent donc ajouter une autre corde à leur arc : la dynamique d'apprentissage organisationnel.

Les connaissances émanant de cette recherche mettent en relief des stratégies reposant d'abord et avant tout, sur les groupes et les individus qui les composent. Le modèle d'apprentissage organisationnel intégré offre des informations pertinentes et complètes sur les éléments à privilégier pour générer une synergie d'apprentissage favorable à l'intégration clinique. Ce modèle qui se caractérise par son pragmatisme et par sa souplesse est facile à comprendre et à expliquer à différents publics. Il peut aussi être utilisé pour des projets d'intégration de différentes ampleurs et impliquant plus ou moins de partenaires.

Figure 4 - Modèle d'apprentissage organisationnel intégré - détaillé



Plusieurs professionnels impliqués dans les réseaux intégrés de soins de santé expriment leurs souhaits et leurs attentes de travailler de façon plus continue et mieux coordonnée avec les collègues de leur établissement et des établissements partenaires. Du même souffle, ces derniers manifestent leur impuissance et se questionnent sur les gestes qu'ils pourraient poser pour contribuer à l'amélioration de l'intégration clinique. Les connaissances qui émergent de cette étude sont le produit des expériences d'infirmières qui ont vécu les mêmes dilemmes et les mêmes défis. Pour les professionnels évoluant dans les réseaux intégrés, les pratiques stratégiques proposées dans ce modèle représentent des instruments de changement tandis que les manifestations d'apprentissages sont des indices d'appréciation de l'influence de leurs pratiques. Les professionnels peuvent aussi se référer au modèle d'apprentissage organisationnel intégré pour repérer les leviers à leur disposition et pour identifier les ressources qu'ils doivent développer et les facteurs sur lesquels ils doivent miser pour leur permettre d'actualiser leurs pratiques et ainsi réaliser une plus grande intégration clinique. Enfin, la dynamique présentée entre les pratiques, les apprentissages et les phases est une illustration des possibilités créatrice du processus d'apprentissage.

Un des commentaires les plus entendus par les étudiants et les professionnels en formation continue porte sur la difficulté à appliquer les concepts dans la pratique. Le modèle d'apprentissage organisationnel proposé, tout en reposant sur des assises théoriques solides, offre une présentation conviviale, simple et pragmatique. Ainsi, l'étudiant est en mesure de reconnaître les concepts de l'apprentissage organisationnel et de l'analyse stratégique tout en étant en mesure de se faire une représentation concrète de ces derniers. Ces caractéristiques correspondent aux exigences de la formation académique et du transfert de connaissance dans la pratique.

Depuis plusieurs années, les universités présentent aux étudiants, des contenus relatifs aux formes et aux caractéristiques de réseaux intégrés de soins de santé de même qu'aux déterminants de l'intégration. Ces informations permettent aux professionnels de mieux comprendre les exigences cliniques des pratiques intégrées, mais ne font pas état des processus stratégiques favorisant l'intégration clinique. Ce modèle conceptuel et ses explications sont susceptibles de contribuer à ce besoin.

Recommandations pour la recherche

Une des caractéristiques de cette étude est son volet exploratoire dans la mesure où, les écrits ne font pas état des pratiques stratégiques et conséquemment sont silencieux sur les apprentissages organisationnels en découlant.

Dans ces circonstances, plusieurs recommandations pour la recherche peuvent être formulées. D'une part, au chapitre des pratiques stratégiques nous croyons que d'autres études dans un contexte d'intégration pourraient enrichir et raffiner les connaissances sur ces pratiques. Par ailleurs, des études sur les pratiques stratégiques dans d'autres contextes organisationnels permettraient de consolider ces connaissances et de mieux comprendre l'influence des contextes sur ces pratiques stratégiques. D'autres stratégies de recherches et de collectes de données pourraient aussi permettre l'identification de pratiques stratégiques moins évidentes.

D'autre part, relativement aux apprentissages organisationnels, il serait pertinent de poursuivre des recherches pour distinguer avec plus de précisions les différents apprentissages organisationnels et d'explorer la possibilité de classifier ces apprentissages en se reposant sur d'autres catégories que les manifestations d'apprentissages organisationnels. À cet égard, une typologie d'apprentissages pourrait être envisagée.

De plus, il serait intéressant de poursuivre des études permettant d'approfondir la notion de « niveau d'actualisation des pratiques stratégiques » afin d'identifier les pratiques stratégiques qui ont une portée plus importante. Et enfin, il serait également nécessaire de poursuivre des travaux de recherche pour mieux comprendre les relations entre les types d'intégration, les types de fonctions et la diversification des pratiques stratégiques.

Bref, malgré le fait que cette étude confirme les hypothèses avancées, le niveau de compréhension du phénomène étudié en est encore à ses débuts.

Limites de l'étude

L'analyse des limites de l'étude est nécessaire, car elles déterminent la validité des conclusions de celle-ci (Huberman & Mills, 1991; Miles & Huberman, 2003). Cette étude se distingue par sa complexité et par son caractère exploratoire. Ces caractéristiques se sont reflétées dans la méthodologie à laquelle nous avons eu recours pour identifier

l'information pertinente, pour effectuer les analyses et pour en dégager des résultats probants. Malgré les efforts consentis, nous avons identifié quelques limites qui doivent être prises en considération. Les limites identifiées dans cette étude sont relatives au moment de la collecte de données, à la validation d'un outil de collecte de données et à la sélection des cas.

En ce qui a trait à la première limite, il importe de noter que les données ont été collectées dans les années 2004-2005. Cette situation s'explique par l'interruption des travaux de recherche entre mars et août 2004, entre février et septembre 2006 et enfin, entre janvier et septembre 2009, à cause de problèmes de santé chez la chercheuse.

La seconde limite réfère au fait que la grille d'observation n'a pas été prétestée. Cette grille est le seul outil de collecte de données qui n'a pas été prétesté. Elle possède toutefois une certaine validité de contenu puisqu'elle a été conçue à partir des écrits. Par ailleurs, sans diminuer l'importance de cette grille, il est nécessaire de noter que les principaux outils de collecte de données étaient la grille d'entrevue individuelle et de groupe. Or, cette étude a permis de voir que cette méthode était importante pour observer notamment, des pratiques stratégiques plus discrètes ou plus routinières.

La troisième limite de cette étude porte sur la diversité des cas puisque chaque cas correspondait à un des trois types de réseau (Leutz, 1999). Cette stratégie de sélection de cas a eu l'avantage de permettre l'identification d'une variété de pratiques stratégiques dans différents contextes d'intégration clinique. Toutefois, cette dernière comporte des limites quant à la généralisation des résultats puisque nous n'avons pas été en mesure de comparer les résultats de deux réseaux de même typologie.

Conclusion

Le but de cette étude était d'identifier les pratiques stratégiques des infirmières qui sont impliquées dans des réseaux intégrés de services de santé et de comprendre comment ces pratiques favorisaient des apprentissages organisationnels permettant l'ajustement des pratiques de l'ensemble des intervenants dans le sens de l'intégration clinique. Elle visait aussi à mettre en évidence les facteurs individuels et organisationnels impliqués dans le développement de ces pratiques et dans le processus d'apprentissage organisationnel.

Afin d'atteindre cet objectif, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux pratiques d'infirmières impliquées dans différentes initiatives d'intégration clinique impliquant une variété de professionnels d'établissements de missions complémentaires. La démarche de recherche a permis d'identifier des pratiques stratégiques favorisant des apprentissages organisationnels ainsi que les ressources individuelles mobilisées dans le développement de ces pratiques puis de reconnaître les facteurs organisationnels agissant soit sur les pratiques de l'infirmière proprement dite ou sur la capacité d'apprentissage organisationnel de l'ensemble des professionnels.

Ainsi, nous avons découvert des pratiques qui, en plus de favoriser des apprentissages organisationnels, visaient à planifier et à coordonner un ensemble d'opérations et d'atteindre les finalités de l'intégration en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité.

L'analyse transversale a permis de confirmer les hypothèses qui avaient été mises de l'avant dans cette étude. Cette étude a permis de découvrir quinze pratiques stratégiques qui se développent sous l'influence des ressources individuelles des infirmières et à certains facteurs organisationnels susceptibles de créer un contexte favorable à l'émergence de ces pratiques et aux apprentissages organisationnels.

La découverte des pratiques stratégiques a permis de reconnaître des apprentissages organisationnels reliés à chaque pratique stratégique des boucles d'apprentissages dans chaque phase qui interagissent avec les autres phases, sous l'impulsion des pratiques et de

leurs apprentissages formant ainsi le processus dynamique de l'apprentissage organisationnel influencée par les ressources individuelles et les facteurs organisationnels.

L'étude du processus d'apprentissage organisationnel a permis de comprendre que la dynamique d'apprentissage peut prendre plusieurs formes selon certains facteurs tels que, le type de réseau, les caractéristiques des ressources professionnelles qui s'y implique et d'autres facteurs organisationnels ou individuels et qu'elle serait de nature variable. Elle a permis d'envisager, en toute plausibilité, que l'apprentissage organisationnel était proportionnel aux pratiques stratégiques exploitées. À la lumière de ce constat, il apparaît dans ces circonstances, que l'effet présumé d'un apprentissage organisationnel significatif se traduise dans une amélioration des finalités de l'intégration clinique.

Par ailleurs, cette recherche a permis d'établir un lien entre le développement et l'utilisation des pratiques stratégiques chez les infirmières avec la formalisation d'une fonction dédiée à la mise en réseau.

Enfin, les différentes découvertes effectuées dans le cadre de cette recherche ont permis d'élaborer un modèle conceptuel d'apprentissage organisationnel intégré qui illustre à la fois les pratiques dans chaque phase et les manifestations d'apprentissages ainsi que les ressources individuelles et les facteurs organisationnels impliqués dans le processus d'apprentissage favorisant l'intégration clinique.

Cette étude, en plus de permettre la découverte des pratiques stratégiques dans le processus d'apprentissage organisationnel, a permis de mieux comprendre la dynamique évolutive de ce dernier et les différents facteurs qui entrent en jeu dans cette dynamique d'apprentissage. Elle a en outre permis de confirmer que l'intégration s'actualisait véritablement au niveau clinique, dans les actions quotidiennes des professionnels.

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ackermann, F. K. (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Rev.*, 17(3), 81-88.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004). *Guide pour le suivi infirmier téléphonique de la clientèle des CLSC atteinte d'une MPOC*. Montréal: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de MPOC.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organization Working Together*. Newsbury Park: Sage Publications.
- Argyris, C., & Schon, D. A. (1996). *Organisational learning : theory, method and practice*. Reading: Addison Wesley.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice : Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Josey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational Learning : A Theory of Action Perspective*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle. Comment en accroître l'efficacité. (Theory in practice, 1992)*. (Traduit par Jacques Heynemand & Dolorès Gagnon). Laval: Les Éditions Logiques.
- Béland, F. (2011). *Appui aux services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Communication présentée Imputabilité des dirigeants des services de santé au Canada, Montréal.
- Béland, F., Bergman, H., & Lebel, P. (2001). *SIPA, Évaluation de la phase I*. Montréal: G.R.I.S.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., & Clarfield, M. (2006). A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a Randomized Control Trial. *The Journals of Gerontology; Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61A(4), 367-374.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, USA: Addison Wesley.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, 69, 197-225.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals*. New York: McKay.
- Boisvert, D., Bonin, L., Couture, G., Dallaire, C., & Tourigny, A. (2006). *Recherche évaluative d'un modèle de réseau de services intégrés avec une approche de gestion de cas (Case Management) auprès des aînés présentant une déficience intellectuelle*. Ottawa: FCRSS.
- Bourbeau, J., Lanthier, C., Leclerc, R., & Ricard, I. (2000). *Vers une approche intégrée de soins et de services aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives*

- chroniques (MPOC) au Québec : Orientations et proposition d'un premier plan d'action.* Québec: MSSS.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review, 35*(3), 212-223.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practices: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organization Science, 2*(1), 40-57.
- Brymann, A. (1996). Leadership in organizations. Dans C. Clegg, Hardy & W. Nord (dir.), *Handbook of Organization Studies* (p. 276-290). London: SAGE.
- Bryson, J. M., & Crosby, B. C. (1992). *Leadership for the common good*. New York: Jossey-Bass Inc.
- Butler, J. K. J. (1999). Transformational leadership behaviors, upward trust, and satisfaction in self-managed work teams. *Organization Development Journal, 17*(1), 13-28.
- Carroll, J. S., & Edmondson, A. C. (2002). Leading organisational learning in health care. *Qual Saf Health Care, 11*, 51-56.
- Chaudry, R. V., Polivka, B. J., & Kennedy, C. W. (2000). Public Health Nursing Director's Perceptions Regarding Interagency Collaboration with Community Mental Health Agencies. *17, 2*(75-84).
- Chen, L. C., Kleinman, A., & Ware, N. C. (1994). *Health and social change in international perspective*. Boston: Harvard University Press.
- Cohen, M. D., & Sproul, L. E. (1991). Editors' introduction. *Organization Science, 2*(1 - Special Issue on Organisational Learning - Papers in honor of [and by] James G. March), 1-3.
- Conrad, D. A. (1993). Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems : The Challenge of Clinical Integration. *Hospital & health services administration, 38*(4), 491-508.
- Conrad, D. A., & Dowling, W. L. (1990). Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review, 15*(4), 9-22.
- Conrad, D. A., & Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems : Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management., 13*(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A. P. (2001). Mutation des systèmes de santé. Montréal: Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : Concepts et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8*(2), 38-52.
- Crossan, M. M., Lane, H. W., & White, R. E. (1999). An organizational learning framework : from intuition to institution. *Academy of Management Review, 24*(3), 522-537.
- Crossan, M. M., Lane, H. W., White, R. E., & Djurfeldt, L. (1995). Organizational learning : dimensions for a theory. *The International Journal of Organizational Analysis, 3*(4), 337-360.

- Crossan, M. M., Vera, D., & Nanjad, L. (2008). Transcendent Leadership: Strategic Leadership in Dynamic Environments. *Leadership Quarterly*, 19(5), 569 - 581.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1995). Organizations and collective action: our contribution to organizational analysis. *Sociology of organizations*, 13, 71-92.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. (Université de Montréal, Montréal).
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Bernier, L., & Pineault, R. (2003). Accessibility, continuity and appropriateness : key elements in assessing integration of perinatal services. *Health and Social Care in the Community*, 11(5), 397-404.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martin-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux: l'intégration au-delà des structures. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (p. 552). Montréal: Gaëtan Morin.
- Davies, S. L., Goodman, C., Bunn, F., Victor, C., Dickinson, A., Liffé, S. (2011). A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC Health Services Research*, 11, 1-21.
- de Villers, M.-E. (2005). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal: Québec-Amérique.
- 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., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., & Trottier, L. H. (2010). The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of major public-sector reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), 225-248.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. Dans M. J. P. David M. Brock, C.R. Hinings (dir.), *Restructuring the professional organization* (Routledge^e éd., p. P. 105-130). London & New-York.
- Denis, J. L., Langley, A., & Cazale, L. (1996). Leadership and strategic change under ambiguity. *Organization Studies*, 17(4), 673-699.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Direction de la santé publique (2000). *Rapport annuel 2000 sur la santé de la population – Impact de la transformation du réseau montréalais de la santé*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre. (2001). Données du recensement 2001. Repéré à www.santepub-mtl.qc.ca/statistiques,

- Direction de la santé publique de Montréal-Centre. (2004). Portrait des naissances dans la région de Montréal. Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/naissances.html>
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Douesneau, C., Duchange, É., Hoareau, V., & Lussier, M.-D. (2011). *Les parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expérience*. Paris: ANAP.
- Durand, P., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A., & Bergeron, P. (2001). *Mécanismes de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs*. Drummondville: FASS.
- Edwards, M., & Miller, C. (2003a). *Integrating Health and Social Care and Making it Work*. London: Office for Public Management.
- Edwards, M., & Miller, C. (2003b). *Two, Four, Six, Eight: How We Gonna Integrate?* London: Office of Public Management LTD.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Making fast strategic decisions in high-velocity environments. *Academy of Management Journal*, 31, 543-576.
- Favereau, O. (1994). Règles, organisation et apprentissage collectif: un paradigme non standard pour trois théories hétérodoxes. Dans Orléan André & Aglietta Michel (dir.), *Analyse économique des conventions* (p. 113-137). Paris: Presses Universitaires de France.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée. 2ième édition*. Paris: Éditions du Seuil.
- Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche: Guide de réalisation*. (2ème édition^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Garratt, B. (1999). The learning organisation 15 years on: some personal reflections. *The Learning Organisation*, 6(5), 202-206.
- Gauthier, B. (1997). *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier M. (2002a). *Formation MPOC, cahier du participant pour le suivi clinique d'une personne atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'intensité légère à modérée*. Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont, service régional de soins à domicile (SRSAD).
- Gauthier M. (2002b). *Formation MPOC, document accompagnateur pour le suivi clinique d'une personne atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'intensité légère à modérée*. Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Service régional de soins à domicile (SRSAD).
- Gibbons, M. (2003). Innovation and the Developing System of Knowledge Production. 1-10.
- Gillies, R. R., Chenok, K. E., Shortell, S. M., Pawlson, G., & Wimbush, J. J. (2006). The impact of health plan delivery system organization on clinical quality and patient satisfaction. *Health Services Research*, 41, 1181-1199.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan Erickson, K. L. (1993). Conceptualizing an measuring integration : Finding from the Health

- Systems Integration Study. *Hospital & health services administration*, 38(4), 467-489.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., & Young, J. Y. (1997). Best Practice in Managing Organized Delivery Systems. *Hospital & health services administration*, 42(3), 299-321.
- Gilson, C., Dunleavy, P., & Tinkler, J. (2009). Organizational Learning in Government Sector Organizations: Literature Review. London, UK: National Audit Office from LSE Public Policy Group.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T., & Posaner, R. (2004). Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors (p. 404). London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO) research programme.
- Grenier, C. (2011). Structuring an integrated care system: interpreted through the enacted diversity of the actors involved—the case of a French healthcare network. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-15.
- Groff, A. (2009). *Manager l'innovation*. St-Denis La Plaine Cedex: Afnor éditions.
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-10.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2000). *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hansen, H. E., Bull, M. J., & Gross, C. (1998). Interdisciplinary Collaboration and Discharge Planning Communication for Elders. *JONA*, 28(9), 37-46.
- Hansson, J., Øvretveit, J., Askerstam, M., Gustafsson, C., & Brommels, M. (2010). Coordination in networks for improved mental health service. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 10.
- Hébert, R., Tourigny, A., & Gagnon, M. (2005). *Integrated service delivery to ensure persons functional autonomy*. Montréal: EDISEM.
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. (2004). Description de poste - Interventante pivot-réseau MPOC (p. 3 pages). Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- Huberman, M. A., & Mills, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. (Traduit par C. De Backer & V. Lamongie). Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2000). Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas : How things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy of Management Journal*, 43(6), 1159-1175.
- ICIS (2001). *Développement futur de l'information pour appuyer la gestion des ressources en soins infirmiers*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Jerez-Gomez, P., Cespedes-Lorente, J., & Valle-Cabreta, R. (2005). Organizational learning capability : a proposal of measurement. *Journal of Business Research*, 58, 715-725.

- Jones, J. R., & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust : implications for cooperation an teamwork. *Academy of Management Review*, 23(3), 531-546.
- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to Physical and Mental Condition Integrated Service Delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72, 511-518.
- Knight, L., & Pye, A. (2005). Network learning: An empirically derived model of learning by groups of organizations. *Human Relations*, 58(3), 369-392.
- Kodner, D. L. (2006). Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons. *Health and Social Care in the Community* 14(5), 383-390.
- Kodner, D. L., & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. Repéré à <http://www.ijic.org/>
- Korhonen, V., & Paavilainen, E. (2002). Learning Teams and Networks. Using Information Technology as a Means of Managing Work Process Development in Healthcare Organizations. *Journal for nurses in staff development*, 18(5), 267-273.
- Lamarche, P. A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallière-Joly, M. (2002). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Lamothe, L. (2005). La dynamique interprofessionnelle : La clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. Dans D. Contandriopoulos, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis & V. A. (dir.), *L'hôpital en restructuration - Regards croisés sur la France et le Québec*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lamothe, L. (2007). Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux : Une source d'innovation. Dans M. J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & B.L. (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaétan Morin.
- Larivière, C., Hockenstein, E., & Montejo, M. E. (2000). *Impacts du guichet unique en CLSC. Utilisation des services et vécu des intervenants*. Montréal: CLSC René-Cassin, Institut de gérontologie sociale du Québec.
- Laschinger, H. K., & al. (2000). Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings. *JONA*, 30(9), 413-425.
- Lazega, E. (1999). Le phénomène collégial : une théorie structurale de l'action collective entre pairs. *Revue française de sociologie*, XL(4), 639-670.
- Le Boterf, G. (2004a). *Construire des compétences individuelles et collectives. 3ème édition*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2004b). *Travailler en réseau. Partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Leatt, P. (2000). *La prestation de services intégrés*. Ottawa: Rapport de synthèse du Fond pour l'adaptation des services de santé.

- Leatt, P. (2002). Where Are the Healthcare Leaders? The Need for Investment in Leadership Development. *Healthcare Papers*, 4(1), 14-31.
- Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthcare Papers*, Vol. 1(No. 2), P. 13-34.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, Vol. 77(No. 1), P. 77-110.
- Leutz, W. N. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care* 13(5), 1-10.
- Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B., & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 251-266.
- Levitt, B., & March, G. (1988). Organisational learning. *Annual Review of Sociology*, 14(3), 319-340.
- MacAdam, M. (2008). Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review (p. 35). Toronto: CPRN Research Report.
- Malloch, K. (2002). Trusting Organizations : Describing and Measuring Employee-to-Employee Relationships. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 12-19.
- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2, 71-87.
- Maslin-Prothero, S. E., & Bennion, A. E. (2010). Integrated team working: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, 10(2).
- Mayer, R. C., Davis, H. D., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse de données qualitatives*. Paris: Sage.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, N-J.
- MSSS (1993). *Politique de périnatalité, Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif*. Québec: MSSS.
- MSSS (1995). *Naître égaux-Grandir en santé*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MSSS (1999). *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*. Québec.
- MSSS (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile. Rapport final*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec: Gouvernement du Québec.

- MSSS (2004a). *Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods (3e éd.)*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Pedler, M., Burgoyne, J., & Boydell, T. (1991). *The learning company* London: McGraw-Hill.
- Philips, N., Lawrence, T. B., & Hardy, C. (2000). Inter-Organizational Collaboration and the Dynamics of Institutional Fields. *Journal of Management Studies*, 37(1).
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY.: Doubleday & Co.
- Polivka, B. J., Kennedy, C., & Chaudry, R. (1997). Collaboration between local public health and community mental health agencies. *Res Nurs Health*, 20(2), 153-160.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.
- Powell Davies, G., Williams, A. M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., & Harris, M. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia* 188(8 Suppl), 65-68.
- Powell, W. (1990a). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. Dans B. Straw & L. Cummings (dir.), *Research in organizational behavior* (Vol. 12, p. 295-336). Greenwich, CT: JAI Press.
- Powell, W. W. (1990b). Neither market nor hierarchy: network forms of organisation. Dans L. L. Cummings & B. Staw (dir.), *Research in organisational behaviour* (Vol. 12, p. 295-336). Greenwich, Connecticut: JAI Press.
- Provan, K. G., Lamb, G., & Doyle, M. (2004). Building Legitimacy and the Early Growth of Health Networks for the Uninsured. *Health Care Management Review*, 29(2), 117-128.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness : a comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Roussin Isett, K. (2002). Collaboration and Integration of Community-Based Health and Human Services in a Nonprofit Managed Care System. *Health Care Management Review* 27(1), 21-32.
- Rashman, L., Withers, E., & Hartley, J. (2006). *Organizational Learning, Knowledge and Capacity: A Systematic Literature Review for Policy-makers, Managers and Academics*. Warwick: Coventry, Warwick Business School.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995). *L'Organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal-*

- L'Atteinte d'un nouvel équilibre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2001). *Rôles et modalités d'articulation en périnatalité CH-CLSC-médecins traitants - période postnatale*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002a). *Outils de suivi pour les soins infirmiers spécifiques à la clientèle MPOC*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002b). *Rôle des partenaires du réseau des services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Services multicientèles de 1re ligne.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002c). *Vers un réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), éléments essentiels de la mise en œuvre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, direction de la programmation.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (2002d). *Vers un réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques(MPOC)* (p. 12). Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2003). *La santé en actions. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal (2003). *Neuf mois plus tard... Guide de santé post-natal*. Montréal.
- Revans, R. (1982). *The origins and growth of action learning* Bromley: Chartwell Bratt.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental Processes fo Cooperative Interorganizational Relationships. *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Robinson, J. C., & Casalino, L. P. (1996). Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare. *Health Affairs*, 15(1), 8-22.
- Rodriguez, R. (2000). *Réorientation de l'offre de soins vers l'intégration dans la région métropolitaine de Montréal*. (Université de Montréal, Montréal).
- Schein, E. H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. (Second^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif; À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel (The Reflexive Practitioner; How Professionals Think in Action, 1983)*. (Traduit par J. Heynemand & D. Gagnon). Montréal: Éditions Logiques.
- Senge, P. (1991). *La cinquième discipline. L'art et la manière des organisations qui apprennent*. (Traduit par A. Gauthier). Paris: FIRST.
- Shortell, S. M. (2006). *Integrated Health Systems: Promise And Performance*, University of California-Berkeley.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (1994). The new world of managed care : creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000). *Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems : The barriers and facilitators. *Hospital & health services administrations*(38:4), P. 447-465.
- Smith Milway, K., & Saxton, A. (2011). The Challenge of Organizational Learning. *Stanford Social Innovation Review, Summer 2011*, 44-49.
- Stake R.E. (2004). *Qualitative Analysis Workshop*. (Research Talk, New-York).
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oak, CA: SAGE.
- Stake, R. E. (2004). *Qualitative Analysis Workshop*. (Research Talk, New-York).
- Statistiques Canada. (2001). Recensement 2001 (1^e éd.): Gouvernement du Canada.
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 338-349.
- Strandberg-Larsen, M., & Krasnik, A. (2009). Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, 9(1).
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration : a health care imperative*. Montréal: McGraw-Hill.
- Suter, E., Hyman, M., & Oelke, N. (2007). Measuring key integration outcomes: A case study of a large urban health center. *Health Care Management Review*(July–September), 216-235.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences*. Montréal: Chenelière.
- Thaldorf, C., & Liberman, A. (2007). Integration of Health Care Organizations Using the Power Strategies of Horizontal and Vertical Integration in Public and Private Health Systems. *The Health Care Manager*, 26(2), 116-127.
- Tsoukas, H., & Vladimirou, E. (2001). What is Organizational Knowledge? *Journal of Management Studies*, 38(7), 373-393.
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units (p. 38). Philadelphia: Wharton School of Business, University of Pennsylvania.
- Upenieks, V. V. (2002). What Constitutes Successful Nurse Leadership? *JONA*, 32(12), 622-632.

- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organization. *Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vera, D., & Crossan, M. M. (2004). Strategic Leadership and Organizational Learning. *Academy of Management Review*, 29(2), 222-240.
- Walker, D. (2011). *Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins*. Toronto: Ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- Weis, D., & Schank, M. J. (2002). Professional Values : Key to Professional Development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wesorick, B. (2002). 21st Century Leadership Challenge : Creating and Sustaining Healthy, Healing Work Cultures and Integrated Service at the Point of Care. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 18-32.
- WHO. (2001). Working Definition: Integrated Care. Geneva: European Office for Integrated Health Care Services.
- WHO. (2008). Integrated health services - What and Why? *Technical Brief, 1*, 1-10.
- Woodside, A. G., & Wilson, E. J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(6/7), 493 - 508.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. (3^e éd.). London: Sage.
- Zuckerman, H. S., Kaluzny, A. D., & Ricketts, T. C. (1995). Alliances in health care : What we know, what we think we know, and what we should know. *Health Care Management Rev.*, 20(1), 54-64.

Annexes

Annexe 1-Certificat du comité d'éthique, consentements et invitation

- CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
- ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ — ENTREVUES, OBSERVATIONS ET DOCUMENTS
- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – ENTREVUE INDIVIDUELLE ET DE GROUPE
- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – OBSERVATION DE RÉUNIONS ET DE DISCUSSIONS CLINIQUES
- AUTORISATION DE CONSULTATION DE DOCUMENTS DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE
UNIVERSITAIRE
- INVITATION POUR ENTREVUE DE GROUPE
- ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ POUR LE SECRÉTARIAT



Faculté de médecine
Vice-Décanat
Recherche et études supérieures

**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE (CERFM)**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

- **Les pratiques cliniques et stratégiques des infirmières dans les réseaux intégrés de soins et de services de santé**

présenté par : **Liette Bernier**

et considère que la recherche proposée aux humains est conforme à l'éthique.

Dr Vincent E. Castellucci, Président

Date d'étude : 25 mai 2004
Date d'approbation : 9 juin 2004
Numéro de référence : CERFM 36 (04) 4#127

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

Le Comité comprend que le chercheur se conformera à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Le chercheur doit solliciter le CERFM pour toutes modifications ultérieures au protocole ou au formulaire de consentement.

PAPIER ENTÊTE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROGRAMME DE DOCTORAT EN SANTÉ PUBLIQUE

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ
ENTREVUES, OBSERVATIONS ET DOCUMENTS

Titre de la recherche : LES PRATIQUES CLINIQUES ET STRATÉGIQUES DES INFIRMIÈRES
DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ

Étudiante-chercheure :

LIETTE BERNIER, inf., M.A.P., Ph.D.(cand.)

Tél. bur. : 514-286-6500, poste 5711

Cell. : 514-707-3997

Courriels :

Directeurs de recherche :

Dr Danielle D'Amour, FSI

Université de Montréal,

Tél. :514-343-7578

Dr Jean-Louis Denis, DASUM

Université de Montréal,

Tél.514 343-6031

Personnes ressources :

Dr Vincent Castellucci, président du Comité

d'éthique de l'Université de Montréal ;

Tél. 514-343-6111, poste 4353 ;

Bureau de l'ombudsman de l'Université de
Montréal2332, Édouard-Montpetit

Téléphone: (514) 343-2100

Télécopieur: (514) 343-6453

CONDITIONS DE L'ENGAGEMENT :

Je, soussignée, réalisant le projet de recherche mentionné ci-dessus, m'engage formellement à :

- A. Assurer la protection et la sécurité des données que je recueillerai auprès des participant(e)s; de conserver leurs enregistrements sous clé dans mon bureau et de détruire les données après la période de conservation soit, cinq ans après l'acceptation de la thèse ;**
- B. Ne discuter des renseignements confidentiels obtenus auprès des participant(e)s qu'avec mes directeurs de recherches nommés ci-haut ;**
- 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 recherche de l'Université de Montréal;**
- D. Ne pas utiliser, de quelque manière que ce soit, les données ou renseignements qu'un(e) participant(e) aura explicitement demandé d'exclure de l'ensemble des données recueillies.**
- E. Prendre les dispositions nécessaires pour protéger les participants et les tiers non participants (ex. patients) 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.**

Liette Bernier, étudiante-chercheure

Date : _____

Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le 9 juin 2004 (CERFM-56-(04)-4#127).

PAPIER ENTÊTE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROGRAMME DE DOCTORAT EN SANTÉ PUBLIQUE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

– ENTREVUE INDIVIDUELLE ET DE GROUPE –

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 toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, au chercheur qui vous a remis le présent formulaire, 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	LES PRATIQUES CLINIQUES ET STRATÉGIQUES DES INFIRMIÈRES DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ
Nom de l'étudiante-chercheure	LIETTE BERNIER, inf., M.A.P., Ph.D.(cand.)
Coordonnées	Tél. bur. : 514-286-6500, poste 5711 Cell. : 514-707-3997 Courriels :
Directeurs de recherche	Danielle D'Amour, Université de Montréal, 514-343-7578 ; Jean-Louis Denis, Université de Montréal, 514 343-6031 ;
Personnes ressources :	Dr Vincent Castellucci, président du Comité d'éthique de l'Université de Montréal ; Tél. 514-343-6111, poste 4353 ; Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal 2332, Édouard-Montpetit Téléphone: (514) 343-2100 Télécopieur: (514) 343-6453

DESCRIPTION DU PROJET

Nature et objectifs du protocole	<i>Ce projet de recherche sur l'organisation des services infirmiers origine de l'observation et de l'analyse de structures en développement dans le domaine de l'organisation des services de santé ; les réseaux intégrés de soins et de services de santé. Ses objectifs sont d'identifier les pratiques cliniques et stratégiques des infirmières et de spécifier les conditions et facteurs d'influence sur ces pratiques en émergence dans certains réseaux intégrés de soins et de services de santé de la région de Montréal, au Québec.</i>
Description du projet	<i>Ce projet est une étude de cas où nous analyserons trois réseaux intégrés de la région de Montréal. Dans chacun des réseaux, nous rencontrerons des professionnels de différentes disciplines pour puiser des informations sur le réseau, les organisations et les professionnels impliqués. Les professionnels seront rencontrés sur une base individuelle et en groupe. Ils seront aussi observés lors de rencontres d'équipe et de discussions cliniques. De plus, nous analyserons certains documents cliniques et administratifs.</i>

PROCÉDURES

Nature de la participation	<i>Entrevue individuelle (1) Entrevue de groupe (1)</i>
Lieu, durée, nombre de séances	<i>Chaque participant sera rencontré une fois, à son lieu de travail, pour une entrevue d'une durée approximative de 1 à 1.5 heures. Les participants sélectionnés dans chaque réseau seront rencontrés une fois pour une entrevue de groupe. Le moment et le lieu de la rencontre seront déterminés après entente avec les responsables de chaque établissement concerné.</i>
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Échantillonnage représentatif des professionnels évoluant dans le réseau intégré pour chaque discipline : infirmières, médecins, autres professionnels incluant les gestionnaires</i> <input type="checkbox"/> <i>Participants représentant tous les établissements impliqués dans le réseau intégré.</i> <input type="checkbox"/> <i>Professionnels détenant au moins cinq ans d'expérience dans la discipline qu'ils exercent actuellement au sein du réseau.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ❑ <i>Pour les infirmières : détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou l'équivalent⁹</i> ❑ <i>Des infirmières de niveau collégial pourraient s'ajouter à la sélection d'infirmières bachelières.</i> ❑ <i>Dans l'éventualité où une infirmière possède un diplôme de 2^e cycle en sciences infirmières ou l'équivalent¹⁰ et travaillerait pour un des cas, elle serait sélectionnée.</i>
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ❑ <i>Les non-professionnels à l'exception des infirmières de niveau collégial (voir critères d'inclusion)</i> ❑ <i>Les professionnels possédant moins de cinq ans d'expérience dans la discipline qu'ils exercent actuellement au sein du réseau intégré.</i> ❑ <i>Les professionnels non impliqués dans le réseau intégré sélectionné.</i>
Nombre de participants et de groupes	<p><i>Environ 10 participants par réseau</i></p> <p><i>Un groupe par réseau pour l'entrevue de groupe</i></p>
Enregistrements audio	<i>Le chercheur aura recours à une enregistreuse lors des entrevues individuelles et de groupes. Les noms des tiers non participants à l'étude (ex. patients) apparaissant dans les enregistrements seront effacés et les renseignements personnels seront dénominalisés et codés dans les transcriptions.</i>
Conservation des données	<i>Les données seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur. Les enregistrements seront identifiés de façon non nominative.</i>
AVANTAGES ET BÉNÉFICES	
Pour le sujet, la société et la science	<i>Les participants vont contribuer à la formation d'un professionnel de haut niveau. De plus, ils ont l'occasion de partager leur vision et leurs expériences avec des collègues, ce qui pourrait être un enrichissement pour eux. Aussi, l'étude pourrait faire avancer les connaissances dans un domaine où les données factuelles sont peu nombreuses.</i>

⁹ Selon les termes des conventions collectives en vigueur entre les infirmières et l'État québécois

¹⁰ *ibid.*

**INCONVÉNIENTS ET
RISQUES**

À notre connaissance, il n'existe aucun risque pour les participants si ce n'est que le malaise occasionné par une prise de conscience et une certaine perte de temps.

CONFIDENTIALITÉ

Modalités prévues

Voir formulaire « ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ »

Destruction des données

Les données seront détruites à la fin de la période de conservation soit cinq ans après l'acceptation de la thèse.

Suspension de l'étude

Certains motifs pourraient mener à l'arrêt du projet tel que de nouvelles données rendant le projet non éthique ou le fait que les participants ne répondent plus aux critères de sélection. Dans un tel cas, les participants seraient avisés et les données recueillies seraient détruites.

INDEMNITÉ

Les participants ne recevront aucune indemnité pour leur participation à cette étude.

**FORMULE
D'ENGAGEMENT DE
L'ÉTUDIANTE
CHERCHEURE**

Je certifie :

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;*
- b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.*

Liette Bernier

Nom de l'étudiante :

Signature :

Date :

**FORMULE D'ADHÉSION À
L'ÉTUDE**

**LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET
DE RETRAIT DE L'ÉTUDE**

Je reconnais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement, qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a remis ce document explicatif et de consentement et que j'ai eu le temps voulu pour prendre la décision d'y participer.

Par ailleurs, je comprends que je ne suis pas tenu(e) de répondre à toutes les questions qu'on me pose et que je suis libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise à mes relations de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Nom du participant :
(en caractères d'imprimerie)

Signature :

Fonction/établissement :

Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le 9 juin 2004 (CERFM-56-(04)-4#127).

PAPIER ENTÊTE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROGRAMME DE DOCTORAT EN SANTÉ PUBLIQUE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

– OBSERVATION DE RÉUNIONS ET DE DISCUSSIONS CLINIQUES –

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 toutes les questions qui vous viennent à l'esprit au chercheur qui vous a remis le présent formulaire, 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 DE LA RECHERCHE : LES PRATIQUES CLINIQUES ET STRATÉGIQUES DES INFIRMIÈRES
DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ

Étudiante :

LIETTE BERNIER, inf., M.A.P., Ph.D.(cand.)

Tél. bur. : 514-286-6500, poste 5711

Cell. : 514-707-3997

Courriels :

Directeurs de recherche :

Danielle D'Amour, Université de Montréal, 514-343-7578 ;

Jean-Louis Denis, Université de Montréal, 514-343-6031 ;

Personnes ressources :Dr Vincent Castellucci, président du Comité d'éthique
de l'Université de Montréal ;

Tél. 514-343-6111, poste 4353 ;

Bureau de l'ombudsman de l'Université de
Montréal 2332, Édouard-Montpetit

Téléphone: (514) 343-2100

Télécopieur: (514) 343-6453

BRÈVE DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :

Nature et objectifs du protocole : Ce projet de recherche sur l'organisation des services infirmiers origine de l'observation et de l'analyse de structures en développement dans le domaine de l'organisation des services de santé ; les réseaux intégrés de soins et de services de santé. Ses objectifs sont d'identifier les pratiques cliniques et stratégiques des infirmières et de spécifier les conditions et facteurs d'influence sur ces pratiques en émergence dans certains réseaux intégrés de soins et de santé de la région de Montréal, au Québec.

Description du projet : Ce projet est une étude de cas où nous analyserons trois réseaux intégrés de la région de Montréal. Dans chacun des réseaux, nous rencontrerons des professionnels de différentes disciplines pour puiser des informations sur le réseau, les organisations et les professionnels impliqués. Les professionnels seront rencontrés sur une base individuelle et en groupe. Ils seront aussi observés lors de rencontres d'équipe et de discussions cliniques. De plus, nous analyserons certains documents cliniques et administratifs.

Cette étude peut s'avérer importante à plusieurs égards. Les participants à cette étude ont une opportunité de partager leur vision, leurs expériences et leurs connaissances à l'avancement du savoir dans un domaine où les données factuelles sont peu nombreuses. Par leur participation ces professionnels vont contribuer au développement et à l'évolution de la discipline infirmière et indirectement, à celui de tout professionnel impliqué dans les réseaux intégrés de soins et de services de santé. De plus, les résultats permettront la rédaction et la publication éventuelle d'un ou plusieurs articles de recherche.

Dans le cadre de la présente étude, l'étudiante-chercheure demande d'assister comme observateur à des réunions d'un comité ou d'un groupe de professionnels où vous participez. Avec votre permission, l'étudiante-chercheure enregistrera les discussions et prendra des notes sur la dynamique interprofessionnelle. Les notes seront utilisées pour reconstituer des éléments clés des compétences et pratiques stratégiques des infirmières et de conditions influençant leur appropriation.

Respect des principes éthiques :

Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront traitées de façons confidentielles. Ainsi, toutes les personnes pouvant avoir accès à cette information, c'est-à-dire les personnes nommées ci-dessus respecteront un engagement de confidentialité.

Engagement de confidentialité).

Enregistrements audio *Le chercheur aura recours à une enregistreuse lors des entrevues individuelles et de groupes. Les noms des tiers non participants à l'étude (ex. patients) apparaissant dans les enregistrements seront effacés et les renseignements personnels seront dénominalisés et codés dans les transcriptions.*

Conservation des données *Les données seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur. Les enregistrements seront identifiés de façon non nominative.*

Destruction des données *Les données seront détruites à la fin de la période de conservation soit cinq ans après l'acceptation de la thèse.*

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 à moins d'un consentement spécifique et explicite de sa part. 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 causer aucun préjudice aux personnes impliquées. Cela ne devrait pas non plus profiter directement à aucun participant.

Enfin, votre participation doit être totalement volontaire. Vous pouvez demander à l'observateur (chercheur) de quitter une réunion ou arrêter les observations à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

**FORMULE
D'ENGAGEMENT DE
L'ÉTUDIANTE
CHERCHEURE**

Je certifie :

- a) *avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;*
- b) *lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.*

Nom de l'étudiante :

Liette Bernier

Signature :

Date :

**FORMULE D'ADHÉSION
À L'ÉTUDE**

**LIBERTÉ DE PARTICIPATION
ET DE RETRAIT DE L'ÉTUDE**

Je reconnais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement, qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a remis ce document explicatif et de consentement et que j'ai eu le temps voulu pour prendre la décision d'y participer.

Je consens à permettre la présence de Liette Bernier en tant qu'observateur aux réunions du comité/groupe : _____

Par ailleurs, je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise à mes relations de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Nom du participant :
(en caractères d'imprimerie)

Signature :

Fonction/établissement :

Date :

Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le 9 juin 2004 (CERFM-56-(04)-4#127).

PAPIER ENTÊTE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROGRAMME DE DOCTORAT EN SANTÉ PUBLIQUE

AUTORISATION DE CONSULTATION DE DOCUMENTS

DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Si vous m'autorisez à consulter les documents dont vous êtes responsable, je conserverai le présent formulaire que vous aurez signé et vous en remettra une copie. N'hésitez pas à me poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit avant de me donner votre autorisation.

TITRE DE LA RECHERCHE : LES PRATIQUES CLINIQUES ET STRATÉGIQUES DES INFIRMIÈRES DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ

Étudiante :

LIETTE BERNIER, inf., M.A.P., Ph.D.(cand.)

Tél. bur. : 514-286-6500, poste 5711

Cell. :514-707-3997

Courriels :

Directeurs de recherche :

Danielle D'Amour, Université de Montréal, 514-343-7578 ;

Jean-Louis Denis, Université de Montréal, 514 343-6031 ;

Personnes ressources :

Dr Vincent Castellucci, président du Comité

d'éthique de l'Université de Montréal ;

Tél. 514-343-6111, poste 4353 ;

Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal

2332, Édouard-Montpetit

Téléphone: (514) 343-2100

Télécopieur: (514) 343-6453

BRÈVE DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :

Nature et objectifs du protocole : *Ce projet de recherche sur l'organisation des services infirmiers origine de l'observation et de l'analyse de structures en développement dans le domaine de l'organisation des services de santé ; les réseaux intégrés de soins et de services de santé. Ses objectifs sont d'identifier les pratiques cliniques et stratégiques des infirmières et de spécifier les conditions et facteurs d'influence sur ces pratiques en émergence dans certains réseaux intégrés de soins et de santé de la région de Montréal, au Québec.*

Description du projet : Ce projet est une étude de cas où nous analyserons trois réseaux intégrés de la région de Montréal. Dans chacun des réseaux, nous rencontrerons des professionnels de différentes disciplines pour puiser des informations sur le réseau, les organisations et les professionnels impliqués. Les professionnels seront rencontrés sur une base individuelle et en groupe. Ils seront aussi observés lors de rencontres d'équipe et de discussions cliniques. De plus, nous analyserons certains documents cliniques et administratifs. Toutefois, aucun dossier de patient ne sera consulté.

Pour réaliser ce projet de recherche, la consultation des documents nous permettra d'obtenir des informations importantes concernant le déroulement du processus d'intégration des soins et services et les pratiques professionnelles.

Les seules personnes qui auront accès à ces données dans le cadre cette étude sont les personnes citées précédemment. Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront conservées sous clé dans le bureau de la chercheure, elles seront traitées de façon confidentielle et seront détruites à la fin de la période de conservation soit, cinq ans après l'acceptation de la thèse. Toutes les personnes pouvant avoir accès à cette information, c'est-à-dire les personnes mentionnées ci-dessus et moi-même, respecteront les dispositions inscrites au formulaire « engagement de confidentialité » concernant la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion de ces données. 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.

**FORMULE
D'ENGAGEMENT DE
L'ÉTUDIANTE
CHERCHEURE**

Je certifie :

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;***
- b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.***

Nom de l'étudiante :

Liette Bernier

Signature :

Date :

**FORMULE D'ADHÉSION À
L'ÉTUDE**

**LIBERTÉ DE PARTICIPATION À
L'ÉTUDE**

Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement, qu'on a répondu à toutes mes questions, qu'on m'a remis ce document explicatif et de consentement et que j'ai eu le temps voulu pour prendre la décision d'y participer.

Je consens à accorder à l'autorisation à Liette Bernier de consulter de la documentation pour les seules fins de la recherche décrite ci-avant.

Nom de l'administrateur :
(en caractères d'imprimerie)

Signature :

Fonction/établissement :

Date :

Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le 9 juin 2004 (CERFM-56-(04)-4#127).et par le comité conjoint d'éthique de la recherche des CLSC X (date)

PROJET DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES DES INFIRMIÈRES DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS

Objet : **Entrevue de groupe**

Bonjour,

Récemment, vous avez eu l'amabilité de m'accorder de votre temps et de vos énergies dans le cadre d'une entrevue individuelle. Comme je vous l'indiquais lors de cette rencontre, mon devis de recherche prévoit des étapes complémentaires pour m'assurer d'obtenir un maximum de matériel probant. La prochaine étape incontournable est celle de l'entrevue de groupe d'une durée de 1,5 heure. Cette activité qui réunira tous les professionnels -déjà rencontrés en entrevue individuelle- des 3 établissements visés par le "réseau périnatalité", permettra de discuter de certains points relatifs aux pratiques professionnelles dans le contexte de l'intégration des soins et services.

La date que j'ai privilégié pour cette rencontre est le **7 juin 2005 à 13 h 30.**

Lieu de l'entrevue :

CLSC X

S'il vous plaît, je vous demanderais de **confirmer votre présence par courriel ou par téléphone.**

Espérant votre présence, je vous remercie de votre contribution à cette recherche.

Liette Bernier, inf., M.A.P., Ph.D. (cand.)
Santé publique - Organisation des soins de santé
Université de Montréal.
Téléphone : 514-286-6500, poste 5711
Courriels :

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ POUR LE SECRÉTARIAT

Titre de la recherche :

LES PRATIQUES CLINIQUES ET STRATÉGIQUES DES INFIRMIÈRES DANS LES RÉSEAUX INTÉGRÉS
DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ

Étudiante-chercheuse :

LIETTE BERNIER, inf., M.A.P., Ph. D. (cand.)

Tél. bur. : 514-286-6500, poste 5711

Cell. : 514-707-3997

Courriels :

Directeurs de recherche :

Dr Danielle D'Amour, FSI
Université de Montréal,
Tél. :514-343-7578

Dr Jean-Louis Denis, DASUM
Université de Montréal,
Tél.514 343-6031

Personnes ressources :

Dr Vincent Castellucci
Président du Comité d'éthique de
l'Université de Montréal ;
Tél. 514-343-6111, poste 4353

Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal
2332, Édouard-Montpetit
Téléphone: (514) 343-2100
Télécopieur: (514) 343-6453

CONDITIONS DE L'ENGAGEMENT :

Je, soussignée, effectuant des tâches de secrétariat dans le cadre du projet de recherche mentionné ci-dessus, m'engage formellement à :

**A. Assurer la protection et la sécurité des données que je manipulerai ;
C'est à dire :**

- de conserver les enregistrements sous clé dans mon bureau
- de remettre les enregistrements audio à Liette Bernier dès qu'ils sont retranscrits sur traitement de texte
- d'enregistrer les entrevues retranscrites sur disques informatiques sans faire d'autres copies
- de remettre à Liette Bernier ces disquettes informatiques.

B. Ne discuter des renseignements confidentiels contenus sur les cassettes audio qu'avec Liette Bernier ;

C. Ne pas utiliser ou diffuser les données recueillies dans le cadre de ce projet à d'autres fins que celles prévues ;

M-J R, secrétaire

Date : _____

Annexe 2-Grilles d'entrevues, d'observation et d'analyse de documents

- ❑ GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES GESTIONNAIRES
- ❑ GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES PROFESSIONNELS ET GESTIONNAIRES AUTRES QU'INFIRMIÈRES
- ❑ GRILLE D'ENTREVUE DE GROUPE
- ❑ GRILLE D'OBSERVATION
- ❑ GRILLE D'EXAMEN ET D'ANALYSE DES DOCUMENTS D'ARCHIVES

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES GESTIONNAIRES

Dans le cadre du projet de recherche portant sur les pratiques des infirmières dans les réseaux intégrés de soins et de services de santé, nous sommes intéressés à connaître votre opinion concernant ces pratiques professionnelles dans le contexte de votre projet de réseau intégré. En tant que professionnel participant à ce réseau, votre opinion revêt une importance capitale pour cette recherche.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte c'est votre opinion personnelle. Vos réponses nous permettront d'identifier certaines pratiques infirmières en émergence ou en consolidation ainsi que facteurs ou conditions de leur développement.

Nous voulons vous assurer que toute l'information sera traitée de façon confidentielle et que la provenance de la source des données ne sera pas identifiée.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

VALEURS

Valeurs infirmières

1. *Pouvez-vous me parler de vos valeurs comme infirmière*
2. *Avez-vous l'impression que vos valeurs sont partagées par les autres infirmières ? Si oui ou non, pourquoi (ressemblances ou différences)*

Valeurs de l'intégration de services

1. *À votre avis, quelles sont les valeurs les plus largement véhiculées dans ce réseau intégré de soins et de services ?*
2. *Quelles sont les valeurs prédominantes de l'établissement auquel vous êtes rattaché administrativement ?*
3. *En quoi vos valeurs se rapprochent-elles de celles de votre établissement ou de votre réseau ?*

CONTEXTE

Contexte technique

1. *La mise en place du RIS a-t-il amené de nouvelles technologies cliniques ou d'information ?*
2. *Avez-vous recours à ces technologies ?*
3. *Quels sont les professionnels qui y recourent le plus ?*

RESSOURCES INDIVIDUELLESExpertise

1. *Avez-vous développé des connaissances ou des habiletés spécifiques en lien avec les finalités du RIS ?*
2. *De quelle façon ou par quels moyens avez-vous développé ces connaissances ?*
3. *Parlez-moi de la formation offerte aux professionnels du RIS ? Permet-elle de développer des compétences cohérentes avec le RIS ? À qui est-elle offerte ?*

Spécialisation

1. *Vous référant à votre expérience professionnelle, considérez-vous que vous soyez spécialisée dans un champ ou un domaine particulier ?*
2. *En quoi cette spécialisation est-elle liée aux finalités du RIS ?*

Gestion de l'information

1. *Précédemment, nous discutons de technologies d'information. De façon générale, avez-vous l'impression que vous possédez suffisamment d'information pour intervenir ou agir adéquatement dans vos fonctions ?*
2. *Quelles sont vos sources d'information clinique dans votre établissement et dans le réseau ?*
3. *Que faites-vous lorsque vous avez un problème à résoudre et qu'il vous manque d'information ? Quels sont vos premiers réflexes, premières démarches, comment vous y prenez-vous devant les difficultés ?*

Autonomie

1. *Considérez-vous que vous soyez autonome comme professionnelle ? Pourquoi ?*
2. *Avez-vous identifié dans votre équipe, votre établissement ou dans le réseau, des éléments qui favorisent ou qui limitent votre autonomie ? Lesquels ?*

Responsabilité et autorité

1. *Avez-vous vous des responsabilités particulières au sein de votre équipe, votre établissement ou le réseau ?*
2. *Comment en êtes-vous arrivée à accepter de prendre ces responsabilités ?*
3. *En quoi ces responsabilités vous permettent-elles de vous actualiser comme professionnel ?*
4. *Ces responsabilités pourraient-elles être assumées par d'autres professionnels ? Lesquels ?*
5. *Pouvez-vous faire un certain parallèle entre vos responsabilités et la question de l'autonomie ?*

Imputabilité

1. *Comment voyez-vous votre responsabilité professionnelle comme infirmière relativement aux résultats des soins que vous dispensez, des tâches ou des responsabilités qui vous sont déléguées ou que vous déléguez ?*

COMPÉTENCES / PRATIQUES STRATÉGIQUES**CONFIANCE**Perception de compétence

1. *Avez-vous l'impression de posséder les connaissances, les habiletés et les attitudes pertinentes dans vos fonctions au sein du RIS ? Pourquoi ?*
2. *Quelles sont les plus importantes pour vous ? Par rapport à l'équipe, à l'établissement, au RIS*

COLLABORATION

1. *Êtes-vous ou avez-vous déjà été impliquées dans des projets, des activités dans le RIS ?*
2. *Quelle est ou était la nature de ces implications ?*
3. *Qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager dans ce (s) projet (s) ?*
4. *Qu'est-ce que ces projets vous apportent-ils comme infirmière ? Comme membre d'une équipe multidisciplinaire ?*
5. *Pourquoi continuez-vous à vous impliquer de la sorte ? ou Pourquoi avez-vous décidé de ne plus vous impliquer ?*

LEADERSHIP/NÉGOCIATION

1. *Avez-vous l'impression d'avoir de l'influence sur vos coéquipiers ? Sur vos supérieurs hiérarchiques ? Sur les orientations de l'établissement ou du RIS ?*
2. *Comment arrivez-vous à influencer votre entourage ? Quelles sont vos stratégies ?*
3. *Dans l'idéal des choses, quelles sont les meilleures façons d'influencer une équipe de professionnels ?*
4. *Au travers des moyens que vous venez d'énumérer, lesquels sont exercés par vous ou par des infirmières de votre entourage ?*
5. *Qu'est-ce que ça prend pour arriver à exercer une influence de cette façon ?*

CONCLUSION

1. *Désirez-vous revenir sur une ou des questions de l'entrevue pour approfondir ou pour compléter la réponse ?*
2. *Avez-vous des questions à me poser ?*

Je vous remercie.

Durée estimée : 1 à 1.5 heures

Note - Les questions contenues dans ces grilles sont inscrites à titre indicatif et serviront comme guide dans le cadre de l'entrevue semi-dirigée. Conséquemment, l'ordre des questions pourrait être modifié et il est possible que certaines questions ne puissent être abordées.

Date de l'entrevue : _____

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES PROFESSIONNELS ET GESTIONNAIRES AUTRES QU'INFIRMIÈRES

Dans le cadre du projet de recherche portant sur les pratiques des infirmières dans les réseaux intégrés de soins et de services de santé, nous sommes intéressés à connaître votre opinion concernant les pratiques professionnelles dans le contexte de votre projet de réseau intégré ainsi que votre perception sur l'implication des infirmières dans le réseau intégré de services de santé. En tant que professionnel participant à ce réseau, votre opinion revêt une importance capitale pour cette recherche.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte c'est votre opinion personnelle. Vos réponses nous permettront d'identifier certaines pratiques infirmières en émergence ou en consolidation ainsi que facteurs ou conditions de leur développement.

Nous voulons vous assurer que toute l'information sera traitée de façon confidentielle et que la provenance de la source des données ne sera pas identifiée.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

VALEURS

Valeurs professionnelles

1. *Pouvez-vous me parler de vos valeurs comme professionnel ?*
2. *Avez-vous l'impression que vos valeurs sont partagées par les autres professionnels ? Par les infirmières spécifiquement ? Si oui ou non, pourquoi (ressemblances ou différences)*

Valeurs de l'intégration de services

1. *À votre avis, quelles sont les valeurs les plus largement véhiculés dans ce réseau intégré de soins et de services ?*
2. *Quelles sont les valeurs prédominantes de l'établissement auquel vous êtes rattaché administrativement ?*
3. *En quoi vos valeurs se rapprochent-elles de celles de votre établissement ou de votre réseau ?*

CONTEXTE

Contexte technique

1. *La mise en place du RIS a-t-il amené de nouvelles technologies cliniques ou d'information ?*
2. *Avez-vous recours à ces technologies ?*
3. *Quels sont les professionnels qui y recourent le plus ?*

RESSOURCES INDIVIDUELLESExpertise

1. *Quelles sont les connaissances ou les habiletés spécifiques à développer pour répondre aux finalités du RIS ?*
2. *De quelle façon ou par quels moyens est-il possible de développer ces connaissances ? Avez-vous utilisé ces moyens ?*
3. *Parlez-moi de la formation offerte aux professionnels du RIS ? Permet-elle de développer des compétences cohérentes avec le RIS ? À qui est-elle offerte ?*

Spécialisation

1. *Nous référant à votre expérience comme professionnel, quel (s) serai(en)t le(s) domaines de spécialisation à développer au sein du RIS?*
2. *Quels professionnels pourraient être visés par ces spécialisations et pourquoi ?*

Gestion de l'information

1. *Précédemment, nous discutons de technologies d'information. De façon générale, avez-vous l'impression que vous possédez suffisamment d'information pour intervenir ou agir adéquatement dans vos fonctions ?*
2. *Quelles sont vos sources d'information clinique, dans votre établissement et dans le réseau ?*
3. *Que faites-vous lorsque vous avez un problème à résoudre et qu'il vous manque d'information ? Quels sont vos premiers réflexes, premières démarches, comment vous y prenez-vous devant les difficultés ? À quel(s) autre professionnel(s) avez-vous tendance à vous référer pour discuter ou obtenir des réponses?*

Autonomie

1. *Avez-vous identifié dans votre équipe, votre établissement ou dans le réseau, des éléments qui favorisent ou qui limitent votre autonomie comme professionnel ? Lesquels ?*

Responsabilité et autorité

1. *Avez-vous vous des responsabilités particulières au sein de votre équipe, votre établissement ou le réseau ?*
2. *Comment en êtes-vous arrivé à accepter de prendre ces responsabilités ?*
3. *Ces responsabilités pourraient-elles être assumées par d'autres professionnels ? Lesquels ?*
4. *Pouvez-vous faire un certain parallèle entre votre (vos) responsabilité et la question de l'autonomie ?*

Imputabilité

1. *Comment voyez-vous votre responsabilité professionnelle relativement aux résultats des soins et services que vous dispensez, des tâches ou des responsabilités qui vous sont déléguées ou que vous déléguez ?*

COMPÉTENCES / PRATIQUES STRATÉGIQUES**CONFIANCE**

1. *Quelles sont les connaissances, les habiletés et les attitudes les plus importantes pour évoluer dans une équipe multidisciplinaire? Dans un RIS?*
2. *Avez-vous l'impression que certains professionnels sont mieux préparés pour faire face aux impératifs de l'intégration des soins et services que d'autres? Lesquels? Pourquoi?*

COLLABORATION

1. *Êtes-vous ou avez-vous déjà été impliqué dans des projets, des activités dans le RIS ?*
2. *Quelle est ou était la nature de ces implications ?*
3. *Qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager dans ce (s) projet (s) ?*
4. *Qu'est-ce que ces projets vous apportent-ils comme professionnel ? Comme membre d'une équipe multidisciplinaire ?*

LEADERSHIP

1. *Quels sont les professionnels qui ont le plus d'influence sur votre pratique au sein de votre équipe, votre établissement, votre RIS? Pourquoi?*
2. *De votre côté, avez-vous l'impression d'avoir de l'influence sur vos coéquipiers ? Sur vos supérieurs hiérarchiques ? Sur les orientations de l'établissement ou du RIS ?*
3. *Comment arrivez-vous à exercer cette influence ? Quelles sont vos stratégies ?*
4. *Dans l'idéal des choses, quelles sont les meilleures façons d'influencer une équipe de professionnels ?*
5. *Au travers des moyens que vous venez d'énumérer, lesquels sont exercés par des infirmières de votre entourage ?*

CONCLUSION

1. *Désirez-vous revenir sur une ou des questions de l'entrevue pour approfondir ou pour compléter la réponse ?*
2. *Avez-vous des questions à me poser ?*

Je vous remercie

Durée estimée : 1 à 1.5 heures

Note - Les questions contenues dans ces grilles sont inscrites à titre indicatif et serviront comme guide dans le cadre de l'entrevue semi-dirigée. Conséquemment, l'ordre des questions pourrait être modifié et il est possible que certaines questions ne puissent être abordées.

Date de l'entrevue : _____

GRILLE D'ENTREVUE DE GROUPE

Afin de compléter la collecte d'information que nous avons effectuée auprès de vous lors des entretiens individuelles, nous vous avons demandé de vous prêter à cette entrevue de groupe d'une durée approximative de 90 minutes.

Dans le cadre du projet de recherche portant sur les pratiques des infirmières dans les réseaux intégrés de services de santé, nous cherchons à circonscrire les pratiques des infirmières et aussi, les conditions et facteurs influençant leur développement et leur appropriation.

Lors de cette entrevue, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte c'est votre opinion personnelle. En conséquence, nous voulons vous rappeler que nous nous sommes engagé envers vous dans le respect de la confidentialité et le respect de vos opinions. Étant donné que cet échange s'effectue en groupe, nous vous demandons de respecter entre vous ces mêmes règles. Le respect de ces conditions ne pourra qu'enrichir notre échange. En tant que professionnel participant à ce réseau, votre opinion revêt une importance capitale pour cette recherche.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

OBSERVATION DES PARTICIPANTS (PARTICULIÈREMENT LES INFIRMIÈRES) TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE DE GROUPE

VALEURS DE L'INTÉGRATION DE SERVICES

Mise en situation de groupe

Lors des entretiens individuelles, vous avez eu l'occasion de nous faire part des valeurs prédominantes que vous avez identifiées dans votre établissement et dans ce RIS. Dans les prochaines minutes, nous allons vous demander d'échanger au sujet des valeurs que vous avez identifiées et d'arriver à un consensus sur les trois valeurs qui devraient dominer dans la prestation de services intégrés. Par la suite, nous vous poserons des questions en lien avec les résultats de votre discussion.

- Vous avez dix minutes à partir de maintenant pour arriver à un consensus
10 minutes plus tard...
- Qui va me transmettre le résultat de votre discussion ?
Après avoir noté les valeurs que le groupe a retenues...
- Comment avez-vous décidé que ce soit la personne X qui me transmettrait les résultats de votre discussion ?

Nous pouvons maintenant commencer le questionnaire, mais avant, je tiens à vous inviter à participer à cette entrevue de façon interactive. C'est-à-dire, si vous souhaitez compléter une réponse ; si vous voulez poser une question à un participant pour clarifier votre compréhension ; si vous voulez soutenir une réponse ou vous objecter, n'hésitez pas à vous exprimer et surtout, soyez prêt à soutenir votre argumentation.

1. *Les valeurs que vous avez identifiées relativement à l'intégration de services sont-elles très différentes de celles qui étaient véhiculées avant l'avènement des RIS ?*
2. *Par rapport à vos valeurs comme professionnel, ces valeurs entrent-elles en contradiction ?*

CONTEXTE

Contexte culturel

1. *Avez-vous le sentiment que les valeurs que vous avez identifiées se transposent dans la pratique ? Sinon, pourquoi ? Si oui, comment ?*
2. *Comment ces valeurs sont-elles diffusées dans le RIS, entre les organisations ?*

COMPÉTENCES / PRATIQUES STRATÉGIQUES

Leadership

1. *Dans votre RIS, lorsqu'il est question d'établir des orientations ou des décisions à portée clinique, comment cela se passe-t-il ?*
 - a. *Qui sont les initiateurs habituels ?*
 - b. *Comment chemine l'idée, le projet ?*
 - c. *Qui et comment décide-t-on d'inscrire un sujet à l'agenda ?*
 - d. *Comment se finalise la prise de décision ?*
 - e. *Tout au long du cheminement quelle est la place de l'interprofessionnel ?*
 - f. *Quelles sont vos opportunités pour discuter d'orientations cliniques en inter organisationnel ?*

Confiance/Négociation/Collaboration

Dans votre pratique ou lors des discussions que vous avez avec les autres professionnels du RIS, il est évident que vous avez des démarches à faire pour progresser vers l'atteinte des objectifs du RIS.

1. *Croyez-vous qu'il soit possible d'atteindre les objectifs des soins et services intégrés ? Sous quelles conditions ?*
2. *Comment vous y prenez-vous ? Quelles sont vos stratégies ? Vos attitudes ?*
3. *Dans les situations de profond désaccord, quelle position prenez-vous et pourquoi ?*
4. *Les instances ou modalités organisationnelles du RIS et de votre établissement favorisent-elles les échanges entre professionnels et entre organisations ? Si oui, pourquoi ? Sinon, qu'est-ce qui pourrait être fait pour y arriver ?*

FACTEURS ORGANISATIONNELS

Communication

Lorsqu'il est question de diffusion des valeurs, cela nous ramène à la notion plus large de diffusion d'information clinique ou administrative.

À cet égard :

1. *Quels sont les mécanismes formels et informels de communication dans le RIS (entre organisation et entre professionnels)*
2. *Qui est à l'origine de leur mise en place ? Depuis quand ?*
3. *Quels sont les mécanismes les plus fonctionnels ? Les plus utiles ? Pourquoi ?*

Règles – protocoles - procédures

1. *Dans votre pratique, avez-vous recours souvent à des règles, protocoles, procédures cliniques ou administratifs ?*
2. *Ces règles sont-elles surtout disciplinaires ou interprofessionnelles ?*
3. *Ces règles concernent-elles tout le RIS ou plus souvent, chacune des organisations ?*
4. *Selon vous, les règles écrites ont-elles beaucoup d'importance ?*
5. *Quelle est la place des instructions verbales ou encore, des règles informelles dans le fonctionnement de votre RIS ?*

Projets cliniques

1. *Depuis la mise en place de votre RIS avez-vous été appelé à vous impliquer dans l'élaboration de projets cliniques ?*
2. *De quel type ? Nature du projet, clientèle, interprofessionnel ou non, inter organisationnel ou non ?*
3. *De qui émergeait l'idée du projet ? Quel professionnel, quelle organisation ? Pourquoi ?*

Évaluation des processus et résultats

Certains auteurs affirment que les RIS sont davantage axés sur les résultats.

1. *Dans votre RIS quel est le processus privilégié pour évaluer le niveau d'atteinte des résultats ?*
2. *Dans votre démarche d'évaluation, évaluez-vous aussi les processus ?*
 - a. *Quels professionnels sont impliqués ?*
 - b. *Quelle est la fréquence entre les démarches d'évaluation ?*
 - c. *De quelle façon recueillez-vous les informations ? Auprès de qui ? Quel type d'information ?*

CONCLUSION

1. *Désirez-vous revenir sur une ou des questions de l'entrevue pour approfondir ou pour compléter la réponse ?*
2. *Avez-vous des questions à me poser ?*

Je vous remercie.

Notes :

- Les questions contenues dans ces grilles sont inscrites à titre indicatif et serviront comme guide dans le cadre de l'entrevue semi-dirigée. Conséquemment, l'ordre des questions pourrait être modifié et il est possible que certaines questions ne puissent être abordées.
- La grille d'observation sera utilisée tout au long de l'entrevue de groupe.

Date de l'entrevue : _____

GRILLE D'OBSERVATION
ENTREVUE DE GROUPE – RÉUNION – COMITÉ - DISCUSSIONS

Nom de l'établissement où se déroule l'observation :	
Nom du comité/réunion/rencontre :	
Nombre de participants :	
Disciplines professionnelles représentées : Nbre/discipline:	
Nombre et types d'établissements représentés :	

CONSTRUITS/ variables	GUIDE D'OBSERVATION	NOTES
Contexte		
<u>Contexte culturel</u>	Manifestation des valeurs, croyances et philosophies dans l'environnement de soins	
Pratiques favorisant l'apprentissage organisationnel		
<u>Pratiques stratégiques</u>	Activités favorisant l'actualisation des finalités de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité	
Manifestations d'apprentissages organisationnels		
	Capacité d'adaptation	
	Habilités dans la résolution de problèmes	
	Implication des employés	
	Environnement d'apprentissage	
RESSOURCES INDIVIDUELLES		
<u>Expertise</u>	Démonstration de connaissances spécifiques dans un champ professionnel donné	
<u>Spécialisation</u>	Démonstration que le professionnel possède une expérience étendue dans un champ de pratique	
<u>Communication</u>	Structure et transmet un message, compréhensible, consistant et efficace	

CONSTRUITS/ variables	GUIDE D'OBSERVATION	NOTES
COMPÉTENCES STRATÉGIQUES		
CONFIANCE		
<u>Négociation</u>	Utilisation de stratégies privilégiées par un acteur par rapport aux autres acteurs, lui permettant de progresser vers l'atteinte de ses objectifs ou résultats et de réviser les règles et modalités de collaboration	
COLLABORATION		
<u>Lieux d'interactions</u>	Instances ou modalités organisationnelles favorisant les échanges entre professionnels et entre organisations	
<u>Implication</u>	S'engage et participe dans un mouvement, dans une activité	
LEADERSHIP		
<u>Leadership symbolique</u>	Agit sur les schèmes de pensée et les interprétatifs des autres acteurs ou du groupe	
<u>Leadership substantif</u>	Agit sur les structures, ressources et stratégies en cours	
<u>Leadership politique</u>	Intervient sur la distribution formelle ou informelle du pouvoir et l'évolution des rôles de leadership à l'intérieur d'une constellation de leadership.	
FACTEURS ORGANISATIONNELS		
<u>Mécanismes de planification, de soutien et de développement</u>	Instances ou modalités organisationnelles favorisant les échanges entre professionnels et entre organisations et l'acquisition de connaissances. Mécanismes et critères influençant les dimensions du système de soins en matière de complexité et de niveau d'intégration.	

Date de l'observation : _____

**GRILLE D'EXAMEN ET D'ANALYSE
DOCUMENT D'ARCHIVES**

NOM DU DOCUMENT :	
TYPE DE DOCUMENT :	Clinique <input type="checkbox"/> Administratif <input type="checkbox"/>
	Disciplinaire <input type="checkbox"/> Interprofessionnel <input type="checkbox"/>
	Organisationnel <input type="checkbox"/> Inter organisationnel <input type="checkbox"/>
DATE DE PRODUCTION DU DOCUMENT :	
MÉCANISME DE DIFFUSION DU DOCUMENT :	
RÉSUMÉ DU CONTENU :	

VARIABLES IDENTIFIÉES DANS LE DOCUMENT	NOTES
<u>Valeurs de l'intégration de services</u> Aspects reliés à l'accessibilité, la continuité et la coordination, l'usage, la qualité des services, la qualité technique, et reliés aux résultats des soins et aux coûts.	
<u>Règles, protocoles, procédures</u> Consigne, précisant les conduites à tenir lors d'interventions cliniques.	
<u>Projets cliniques</u> Interventions cliniques visant des individus ou des groupes de patients. Les projets, de façon générale, font l'objet d'ententes entre professionnels ou organisations.	
<u>Évaluation des processus et résultats</u> Processus où les professionnels et les organisations étudient les preuves de l'efficacité et de l'efficience des processus, et élaborent des stratégies pour l'amélioration des résultats	
<u>Autres variables identifiées :</u>	
COMMENTAIRES OU INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :	
Date de l'analyse du document :	

Annexe 3-Définition opérationnelle des variables

CONSTRUITS	VARIABLES	DÉFINITION VARIABLES	OPÉRATIONNELLE	DES	
PRATIQUES DES INFIRMIÈRES	Pratiques cliniques	Activités de soins exercées directement auprès de l'utilisateur ou de ses proches			
	Pratiques stratégiques	Activités favorisant l'actualisation des finalités de l'intégration clinique en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de qualité			
	Valeurs	Valeurs professionnelles	Comprennent des aspects reliés à la qualité des soins et services. Elles incluent notamment la responsabilité, l'imputabilité, l'intégrité, la confiance, la liberté, la sécurité et la connaissance (Weis & Schank, 2002)		
		Valeurs de l'intégration de services	Sont rattachées aux finalités de l'intégration de services et viennent légitimer cette dernière. Ces valeurs sont reliées à la qualité des services en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et d'approche axée sur l'utilisateur.		
RESSOURCES INDIVIDUELLES	Scolarisation	Diplômation reconnue par les autorités professionnelles et décisionnelles			
	Expérience	Cumul de pratique lié au temps et au type de situations professionnelles rencontrées.			
	Expertise	Connaissances spécifiques dans un champ professionnel donné (Hamric et al., 2000).			
	Spécialisation	Professionnel possédant une expérience étendue dans un champ de pratique (Hamric et al., 2000).			
Compétences stratégiques	Communication	Capacité de structurer et transmettre un message, compréhensible, consistant et efficace.			
	Confiance	Perception de compétence (connaissance, habileté, attitudes) entre les parties, volonté de travailler ensemble et perception d'honnêteté favorisant l'échange de connaissance et d'information, augmentant l'implication tout en subjuguant les besoins individuels au bénéfice des objectifs communs.			
	Collaboration	Échanges et des communications satisfaisantes entre les professionnels, par une implication active des acteurs dans la résolution des problèmes et la gestion des conflits, et par la coordination entre les unités cliniques (Hansen et al., 1998).			
	Négociation	Utilisation de stratégies privilégiées par un acteur par rapport aux autres acteurs, lui permettant de progresser vers l'atteinte de ses objectifs ou résultats et de réviser les règles et modalités de collaboration (Huxham & Vangen, 2000; Malloch, 2002; Ring & Van de Ven, 1994).			

CONSTRUITS	VARIABLES	DÉFINITION DES VARIABLES	OPÉRATIONNELLE	DES
FACTEURS ORGANISATIONNELS	Leadership	Agir sur les structures, ressources et stratégies en cours. Agir sur les schèmes de pensée et les interprétatifs des autres acteurs ou groupes. Intervenir sur la distribution formelle ou informelle du pouvoir et l'évolution des rôles de leadership à l'intérieur d'une constellation de leadership.		
	Vision-Valeurs	Compréhension des finalités de l'intégration clinique.		
	Règles, protocoles, procédures	Consignes, le plus souvent écrites, précisant les conduites à tenir lors d'interventions cliniques. Ces consignes peuvent concerner des professionnels de même discipline ou de disciplines différentes.		
	Système de communication - information	Mécanismes, outils, protocoles favorisant la circulation de l'information organisationnelle et clinique.		
	Système de récompense et de reconnaissance	Incitatifs financiers ou autres mettant en valeur les pratiques qui vont dans le sens de l'intégration clinique.		
	Évaluation des processus et résultats	Processus formel ou informel où les professionnels et les organisations étudient les preuves de l'efficacité et de l'efficacité des processus, et élaborent des stratégies pour l'amélioration des résultats.		
	Ressources humaines	Nombre et type de professionnels impliqués dans le réseau.		
	Mécanismes de planification, de soutien et de développement	Instances ou modalités organisationnelles favorisant les échanges entre professionnels et entre organisations et l'acquisition de connaissances. Mécanismes et critères influençant les dimensions du système de soins en matière de complexité et de niveau d'intégration.		

Annexe 4-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau de services pour les personnes âgées

Les CLSC

Les CLSC sont des établissements de première ligne qui desservent la clientèle de leur territoire respectif. En ce qui a trait aux services aux personnes âgées, les CLSC offrent des services professionnels et d'aide à domicile afin de permettre aux personnes âgées de demeurer à domicile. C'est ce que les CLSC appellent les services de « soutien à domicile » ou de « maintien à domicile ». Les services professionnels sont dispensés par une équipe multidisciplinaire constituée d'infirmières, d'intervenants sociaux, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes. À l'occasion, un médecin ou une nutritionniste est associé à l'équipe. Pour ce qui est des services d'aide, ce sont des auxiliaires familiales qui soutiennent les personnes âgées dans leurs activités de la vie domestique et quotidienne.

Les services de soutien à domicile s'adressent principalement aux personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie liée au vieillissement. La majorité des usagers du soutien à domicile sont des personnes âgées de plus de 75 ans qui présentent des comorbidités et des problèmes psychosociaux associés (ex. isolement, pauvreté, conjoint malade, etc.). Les services de soutien à domicile s'adressent aussi aux familles et aux proches de la personne âgée. En principe, les intervenants travaillent en complémentarité pour répondre aux nombreux besoins des personnes âgées et de leurs proches. La plupart des interventions en soutien à domicile sont individuelles mais face à certaines problématiques, les CLSC ont développé des interventions de groupe (ex. groupe de soutien aux aidants-naturels).

En ce qui a trait aux interventions individuelles, les personnes âgées bénéficient de soins à domicile où le personnel infirmier assure le suivi de la condition générale de la personne âgée incluant le suivi des paramètres pour certaines maladies ou affections liées au vieillissement (ex. problèmes cardiaques ou métaboliques). Les personnes âgées

reçoivent aussi des services de physiothérapie afin d'améliorer leur autonomie fonctionnelle et d'ergothérapie pour assurer l'adaptation du domicile.

Il est prévu que l'équipe de soutien à domicile travaille étroitement avec certaines ressources dans la communauté offrant des services de répit, d'aide ménagère, d'aide aux repas de même que des activités sociales pour les personnes âgées. Les professionnels de l'équipe ont aussi pour mandat d'assurer un lien de continuité avec les services gériatriques offerts dans les centres hospitaliers généraux et spécialisés et les ressources médicales dans la communauté. Aussi, les professionnels du CLSC ont l'obligation de réévaluer régulièrement le niveau d'autonomie des personnes âgées qu'ils suivent et lorsque nécessaire, d'effectuer les démarches en vue d'un hébergement temporaire ou permanent dans une ressource appropriée à leur besoin.

C'est notamment par le rôle de « gestionnaire de cas » que le CLSC s'assure de la continuité inter-établissements. Le gestionnaire de cas élabore et s'assure de l'application du plan de services inter-établissements. Ce qui revient à dire que le gestionnaire de cas a un rôle de coordonnateur du plan de services inter établissements afin que ces derniers soient offerts au bon moment, par la meilleure personne et pour éviter la duplication ou le chevauchement de services. Le gestionnaire de cas est donc appelé à transiger avec tous les dispensateurs de soins et de services sectoriels (ex. CH, médical), intersectoriels (ex. Office municipal d'habitation, service de police) ou communautaire (ex. popotes roulantes, services de répit).

Les centres hospitaliers (CH)

En CH, on retrouve des personnes âgées sur plusieurs unités. En partant de la porte d'entrée hospitalière, l'urgence, où les professionnels accueillent un nombre important de personnes âgées aux prises avec des problèmes divers et qui nécessitent dans plusieurs cas, des soins médicaux immédiats. Dans un certain nombre de situations, les personnes âgées sont admises sur des unités hospitalières de courte durée afin de stabiliser leur situation. Elles peuvent ainsi se retrouver dans des unités de courte durée gériatrique (UCDG) ou à

l'unité gériatrique (UG). En plus des services médicaux et des soins, les personnes âgées bénéficient lors de l'hospitalisation, de services de réadaptation afin de favoriser, lorsque possible, le retour à domicile ou lorsque nécessaire, l'hébergement temporaire ou permanent. Étant donné le nombre limité de lits en UCDG ou en UG, plusieurs personnes âgées se retrouvent aussi sur des unités de médecine ou de chirurgie générale où les soins dispensés ne sont pas nécessairement adaptés à la situation spécifique des personnes âgées.

Les CH assurent les liens avec les ressources externes par le biais des *infirmières de liaison* qui travaillent dans les urgences et sur les unités hospitalières, par les intervenants sociaux qui travaillent auprès des clientèles vulnérables hospitalisées dont les personnes âgées et, dans l'illustration décrite ci-après, par le biais du rôle d'*infirmière au suivi intégré (ISI)*. Ces intervenants ont un rôle particulier dans la planification du congé des personnes âgées où ils ont à établir un contact avec le CLSC et le médecin traitant pour assurer la continuité des services dans un contexte de post hospitalisation.

Les services médicaux dans la communauté

On entend par services médicaux, tous les services offerts par les médecins de famille ou omnipraticiens. Les omnipraticiens en tant que travailleurs autonomes, pratiquent dans différents types d'organisations. Dans la majorité des cas ils font partie de cliniques médicales où se regroupent d'autres médecins omnipraticiens et à l'occasion, des spécialistes (ex. polyclinique). De façon de plus en plus marginale, certains médecins omnipraticiens travaillent seuls, en cabinet. Enfin, et de façon aussi exceptionnelle, on rencontre aussi des omnipraticiens en CLSC.

Dans la majorité des cas, ces médecins n'effectuent pas de visites à domicile, les personnes en perte d'autonomie physique dont certaines personnes âgées doivent trouver de nouvelles ressources médicales lorsqu'elles ne peuvent plus aller au bureau du médecin.

Dans ces situations, ce sont souvent les médecins qui travaillent en CLSC qui assument ces suivis médicaux à domicile particulièrement auprès des personnes en perte d'autonomie les plus « vulnérables » sur le plan social et économique. Notons que le

manque de ressources médicales et particulièrement, de ressources médicales qui effectuent des visites à domicile représente un écueil pour les autres dispensateurs de soins car beaucoup de leurs actions dépendent de l'avis du médecin (ex. prescription, évaluation pour fins de curatelle, etc.).

Les infirmières

Les infirmières évoluant en CLSC font partie d'une équipe multidisciplinaire. Elles effectuent principalement des interventions individuelles bien qu'à l'occasion, elles participent à des activités de groupe. Leur fonction dans ces activités de groupe est, le plus souvent, de faire de l'enseignement à la personne âgée ou aux proches sur des questions très précises. Par exemple, l'infirmière apportera de l'information sur la prévention des chutes ou sur l'hygiène de vie chez les personnes présentant une condition cardiaque ou diabétique. Bref, les interventions effectuées avec des groupes d'usagers visent à prévenir la perte d'autonomie, à stabiliser ou améliorer la condition des usagers ou de leurs proches.

Sur le plan des interventions individuelles, les infirmières en CLSC ont un spectre d'intervention assez large. Elles effectuent le suivi de l'état de santé global de la personne âgée. Ces professionnelles s'assurent de l'organisation des soins et services des clients dans la communauté en utilisant des stratégies d'interventions variées en passant par l'accueil et l'analyse de nouvelles demandes de la part des usagers incluant la collecte de données, de leur famille ou de partenaires du réseau de la santé ou communautaire. Elles procèdent à l'évaluation globale des besoins des usagers incluant le dépistage des personnes âgées vulnérables notamment sur le plan de la santé, de la sécurité et de l'autonomie fonctionnelle. Elles effectuent le suivi des clients par des rencontres de suivi au CH, en clinique au CLSC ou à domicile où elles effectuent des activités de soins physique incluant le suivi des paramètres (ex. tension artérielle, résultats sanguins) dans le but notamment d'ajuster certaines médications ou de contribuer au diagnostic médical, le traitement de plaies ou le suivi postopératoire. Elles font aussi de l'enseignement/éducation, transmettent de l'information sur la situation clinique ou les services et aussi, elles pratiquent de la relation d'aide. Elles font aussi de la consultation (référence ou orientation) à d'autres

intervenants du système de santé ou communautaire. Dans certains cas (chez les clientèles vulnérables), elles effectuent des relances préventives, soit auprès de l'utilisateur ou sa famille ou auprès des professionnels consultés. Elles réalisent également des activités de prévention (individuelles ou de groupe) principalement orientés sur les traumatismes non intentionnels (ex. chutes, mésusage des médicaments, etc) et de promotion sur des maladies spécifiques au vieillissement (ex. Alzheimer, MPOC). Les infirmières coordonnent les activités de d'autres travailleurs de la santé (préposés au bénéficiaire et auxiliaires familiales) ou le mouvement de la clientèle âgée dans le réseau tel que la préparation des congés et transferts. Les infirmières sont aussi appelées à agir comme *intervenantes pivot* ou comme *gestionnaires de cas*.

Certaines infirmières ont des responsabilités particulières au sein de l'équipe de soutien à domicile des CLSC. Ces responsabilités font partie de la fonction formelle d'« *assistante du supérieur immédiat* » (ASI). Dans le cadre de ces fonctions, l'ASI offre un encadrement clinique aux infirmières ainsi qu'à d'autres intervenants de l'équipe tels que l'auxiliaire familiale. Dans la majorité des CLSC, l'ASI a aussi la responsabilité d'encadrer l'organisation du travail au quotidien des infirmières et parfois, des auxiliaires familiales. Cette fonction offre une certaine autonomie organisationnelle à l'infirmière lui permettant notamment de négocier avec les autres partenaires du réseau, les modalités de prise en charge des clientèles. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un poste cadre, l'ASI exerce une fonction de gestion clinique qui apporte de l'autorité et un certain niveau d'autonomie à l'infirmière qui l'occupe.

En CH, les infirmières occupent surtout des fonctions de soignantes. Elles évoluent sur les différentes unités spécifiques (ex. UCDG et UG) mais surtout, sur toutes les unités d'urgence, de médecine ou de chirurgie où, tel qu'affirmé précédemment, se retrouvent des personnes âgées en perte d'autonomie. Leur travail consiste à apporter les soins nécessaires à l'amélioration de leur santé et à leur récupération dans l'optique d'un retour dans leur milieu d'origine (domicile ou hébergement) incluant bien entendu les activités d'enseignement et de coordination des soins où elles contribuent à l'atteinte des objectifs

de l'équipe de soins qui est constituée de médecins, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, préposés aux bénéficiaires, etc.. D'ailleurs, l'infirmière a pour responsabilité de s'assurer de la rectitude des actions des préposés à l'endroit des patients. Pour lui permettre d'exercer complètement ses fonctions notamment celle d'assurer la continuité des soins, l'infirmière participe aux discussions de cas interdisciplinaires, particulièrement à l'unité gériatrique où les situations sont plus complexes.

En milieu hospitalier, il existe un poste infirmier qui peut être mise en parallèle avec la fonction ASI en CLSC. Il s'agit de la fonction d'*assistante*, qui a pour objectif premier d'organiser le travail des infirmières au niveau des horaires et de la répartition des ressources et aussi, d'offrir du soutien professionnel au personnel infirmier de l'unité. Par ailleurs chaque centre hospitalier bénéficie du travail des *infirmières de liaison* (IL). Ces dernières sont en contact avec les ressources dans la communauté et particulièrement avec les CLSC. Elles ont pour mandat spécifique de transférer toute information clinique pertinente lors de la planification du congé des patients. Dans certains hôpitaux il y a une infirmière de liaison attachée à la gériatrie. Cette dernière, en plus de transférer l'information, reçoit des informations de la part du CLSC ou du médecin traitant.

Aussi, certains CH bénéficient de l'apport d'*infirmières cliniciennes spécialisées* en gériatrie. Ces dernières ont la responsabilité de soutenir les infirmières soignantes sur le plan clinique. Ainsi, elles élaborent des formations, des outils cliniques, des programmes d'enseignement pour la clientèle en lien avec des problématiques spécifiques (ex. suivi systématique de la clientèle diabétique) et des politiques et procédures cliniques (ex. usage des contentions). Enfin, certains CH ont confiés des responsabilités particulières à des infirmières qui, bien qu'elles ne soient pas infirmières cliniciennes spécialisées, ont un mandat particulier (voir Illustration 3 – « *infirmière au suivi intégré* »).

Les gestionnaires

Les postes gestionnaires dans les programmes de soutien à domicile des CLSC sont occupés tantôt par des infirmières, tantôt par des personnes d'autres origines

professionnelles (souvent psychosociale). Ils ont la responsabilité de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de leur programme. Dans le cadre de leur fonction ils sont appelés à négocier les modalités de prise en charge des clientèles avec les autres partenaires du réseau. Ils travaillent d'avantage sur le plan stratégique tandis qu'ils confient les aspects opérationnels à leur ASI ou à leur assistant(e) qui peut être une infirmière ou un autre type de professionnel. Ainsi on verra les gestionnaires siéger avec les gestionnaires des CH, à des tables de concertation régionales orchestrées par l'instance de gouverne régionale. Il n'est toutefois pas rare de voir les ASI ou infirmières cliniciennes spécialisées participer à ces comités régionaux avec les gestionnaires.

Les gestionnaires en CH, tout comme ceux des CLSC, ont des responsabilités similaires à ceux des CLSC quant aux ressources et ils confient l'organisation opérationnelle à l'assistante. Dans la très grande majorité des cas, ce sont des infirmières qui occupent des postes de gestion sur les unités hospitalières.

Les intervenants sociaux

Les intervenants en CLSC sont, le plus souvent, des travailleurs sociaux. Leur travail consiste principalement à offrir du soutien psychosocial aux personnes âgées et à leurs proches. Ils sont aussi responsables d'assurer le suivi des régimes de protection (ex. curatelle). Tout comme les infirmières, ils peuvent être intervenant pivot ou gestionnaire de cas et leurs fonctions sont les mêmes. Les intervenants psychosociaux s'impliquent aussi dans les interventions de groupe telles que les groupes pour les aidants naturels ou les activités de prévention des abus faits aux aînés.

En CH, les intervenants sociaux sont appelés à intervenir dans des situations de risque psychosocial où par exemple, le réseau est absent ou inadéquat. Encore là, ils verront à ce que le régime de protection soit appliqué.

Les professionnels de la réadaptation

Tant en milieu hospitalier qu'en CLSC, ces professionnels; physiothérapeutes ou ergothérapeutes, travaillent au moyen d'exercices, d'orthèses, de prothèses ou en adaptant un milieu pour améliorer le niveau d'autonomie fonctionnelles des personnes âgées. Dans certaines circonstances particulières, ils encadrent le travail des auxiliaires familiales tout comme les infirmières.

Les nutritionnistes

Dans certains cas, les CLSC ont une nutritionniste au sein de leur équipe de soutien à domicile. Leur mandat principal est de travailler avec la personne âgée et ses proches dans la prévention de la malnutrition associée aux conditions de vie ou à certaines pathologies qui provoquent des carences vitaminiques par exemple. Elles travaillent aussi avec les groupes communautaires pour développer et soutenir des initiatives de sécurité alimentaire utiles aux personnes âgées en difficulté (ex. cuisines collectives, banques alimentaires).

Les auxiliaires familiales

Ces intervenantes travaillent, auprès des personnes âgées afin de les aider dans les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique. Ainsi, elles aident les personnes âgées dans la préparation de repas et dans leurs soins d'hygiène. Aussi, elles peuvent accompagner la personne âgée dans ses déplacements ou pour ses rendez-vous. Elles peuvent aussi fait des démarches à la place de la personne âgée qui n'est plus en mesure de le faire (ex. faire l'épicerie). Enfin, elle exerce un rôle de surveillance qui aide les intervenants dans leur évaluation des besoins et des problèmes ou le suivi de la personne âgée. Par exemple, leur présence permettra de détecter que la personne âgée reçoit des visites impromptues d'un enfant qui est soupçonné d'abus à son endroit ou encore, l'auxiliaire familiale constatera que l'adaptation qui a été faite du bain est mal utilisée par la personne âgée.

Annexe 5-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau MPOC

Les CLSC

Un des mandats confié aux CLSC est d'offrir des soins et services à domicile pour la clientèle d'un territoire donné. Plus spécifiquement, le CLSC dispense des soins et services de première ligne aux personnes en perte d'autonomie qui présentent une MPOC légère à modérée¹¹. La majorité de la clientèle MPOC est constituée de personnes âgées. C'est une équipe multidisciplinaire composée principalement d'infirmières, de travailleurs sociaux, physiothérapeute, ergothérapeutes, médecins et pharmacien (occasionnellement) qui a la responsabilité d'assurer les soins et services à cette clientèle. Pour les personnes aux prises avec une MPOC, la majorité des interventions portent sur l'enseignement, la prévention et le dépistage des complications reliées à la maladie incluant le suivi des paramètres et le suivi de la médication. Ce sont les infirmières qui assurent la plupart de ces soins et services. D'autres services tels que l'aide à domicile, le suivi psychosocial, les services de réadaptation et les services médicaux courants viennent compléter les services infirmiers. Si la plupart des interventions effectuées auprès de la clientèle MPOC sont effectuées sur un base individuelle, certains CLSC ont développé des activités de groupe pour cette clientèle ou leurs proches afin de mieux les outiller face cette affection. Les services spécifiques attendus de la part des CLSC dans le cadre de la mise en place du réseau MPOC sont, « *la détection, l'immunisation, la lutte au tabagisme, le suivi systématique, l'enseignement à l'autogestion de la maladie, la réadaptation respiratoire, l'intervention psychosociale, le support aux proches, la formation et l'animation de groupes d'entraide et les services de fin de vie* » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b).

Dans le cadre de la mise en place du réseau MPOC, l'instance de gouverne régionale et les CLSC ont convenus de créer une nouvelle fonction spécifique pour assurer

¹¹ VEMS supérieur à 50% ou personnes avec équipement respiratoire dont la situation clinique est stable.

le suivi des clientèles MPOC dans la communauté. Cette fonction a été confiée exclusivement à des infirmières détenant un baccalauréat. Il s'agit de la fonction d' « *infirmière désignée* ». Cette fonction est octroyée par affichage de poste. Il s'agit donc non seulement d'une nouvelle fonction mais d'un nouveau type de poste qui comporte les responsabilités suivantes : *la formation, l'aide conseil auprès des intervenants, la prise en charge clinique des personnes atteintes exigeant une connaissances plus approfondie de la maladie (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b).*

Les services hospitaliers

En CH, ce sont les départements de pneumologie et les urgences qui sont davantage concernés dans ce réseau. Il existe toutefois un autre service rattaché administrativement à un CH de la région socio-sanitaire qui est grandement interpellé dans le réseau MPOC. Il s'agit du service régional de soins à domicile pour les personnes aux prises avec des maladies pulmonaires (SRSAD). Bien que le SRSAD relève administrativement d'un CH, sa mission est différente c'est pourquoi les services des CH et du SRSAD seront décrits de façon distinctive.

Les centres hospitaliers (CH)

Regardons d'abord le mandat des CH en général par rapport à la clientèle MPOC. Les CH ont pour mandat d'offrir des soins généraux et spécialisés pour une clientèle hospitalisée et ambulatoire. Pour les clientèles souffrant d'affections respiratoires, les CH offrent des soins spécialisés et ultra-spécialisés dans les situations de décompensation et d'infections pulmonaire notamment pour la clientèle MPOC. Ce sont les départements des urgences et de pneumologie qui sont sollicités. Le département de pneumologie offre aussi des services ambulatoires (médicaux et réadaptation) et certains CH offrent un suivi téléphonique infirmier à sa clientèle après un épisode d'hospitalisation. Tout comme en CLSC, c'est une équipe multidisciplinaire principalement composée d'infirmières, de pneumologues, d'inhalothérapeutes, de pharmaciens, de physiothérapeutes et travailleurs sociaux qui assurent l'ensemble de ces services. L'instance de gouverne régionale spécifie

également que le CH doit participer au plan de services individualisé avec les partenaires (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b).

Tout comme pour les CLSC, la mise en place du réseau MPOC a fait naître en CH, une nouvelle fonction voire, un nouveau poste dédié aux infirmières bachelières. Il s'agit du poste d' « *infirmière pivot* » dont le mandat principal est d'assurer le suivi de la clientèle MPOC, du processus de cheminement du client à travers tout le réseau et de la continuité de l'information le concernant. Pour ce faire, elle travaille en concertation avec les partenaires de la sous-région et plus particulièrement avec les *infirmières désignées* pour mettre en place les conditions nécessaires à la prise en charge de la personne atteinte d'une MPOC (Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, 2004).

Le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires (SRSAD)

Enfin, le SRSAD est un service ultra-spécialisé rattaché administrativement à un CH. Ce service qui existe depuis trente cinq ans relève quant à son mandat, de l'organisme de gouverne régional. Le SRSAD dispense des services à domicile aux personnes aux prises avec des problèmes pulmonaires dans toute la région socio-sanitaire. La clientèle cible du SRSAD est constituée de personnes atteintes de problèmes respiratoires qui sont à domicile et qui ont besoin d'équipement respiratoire. Ces personnes présentent un tableau clinique instable ou elles sont réfractaires au traitement. Les principaux services offerts sont reliés à l'oxygénothérapie, à l'administration de médicaments et autres thérapies respiratoires. Les services, offerts 24 heures par jour, 7 jours sur 7, sont accomplis par des infirmières, des inhalothérapeutes et des pneumologues. Le SRSAD est subdivisé en 20 territoires, ce qui correspond approximativement à la découpe des territoires de CLSC (29 territoires). Il y a au moins une infirmière du SRSAD par territoire.

Dans le contexte du réseau MPOC, le mandat spécifique confié au SRSAD par l'instance de gouverne régionale consiste à participer au plan de service individualisé avec les partenaires, à consolider les services d'inhalothérapie, à maintenir la garde 24/7, à gérer le parc d'équipements respiratoires à l'échelle régionale, à offrir du support individuel et de

groupe aux intervenants des CLSC et enfin, à collaborer au plan de formation, à l'élaboration et à l'implantation d'outils communs de suivi (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002b). En définitive, l'avènement du réseau MPOC va dans le sens de l'historique de collaboration entre le SRSAD et les CH tout en ajoutant un partenaire institutionnel ; les CLSC.

Plusieurs intervenants sont impliqués dans l'organisation des services et dans la prise en charge de la clientèle MPOC à l'intérieur du réseau. Certains de ces intervenants ont une implication exclusive auprès de la clientèle MPOC tandis que pour d'autres, cette clientèle ne représente qu'une partie de leur charge de cas.

Les infirmières

Le groupe de professionnels le plus impliqué dans le réseau MPOC est celui des infirmières car les modifications dans les pratiques et les processus cliniques concerne et reposent sur ces professionnelles. Nous pouvons distinguer une gamme de fonctions confiées aux infirmières mais la particularité dans le réseau MPOC c'est que deux types de fonctions ont été créés et ces fonctions sont octroyées par concours. Il s'agit donc de postes conventionnés. Ces fonctions spécifiques soit celles *d'infirmière pivot* et *d'infirmière désignée*. Ce sont des infirmières bachelières qui peuvent occuper ces postes.

L'infirmière pivot est un poste unique en CH. Elle a la responsabilité de faire les liens entre SRSAD, CH et CLSC et de faire en sorte que les modalités clinico-organisationnelles décrites précédemment fonctionnent harmonieusement entre les établissements du réseau et avec les partenaires interne du CH (les autres départements ou services). De plus, l'infirmière pivot investit une partie de son temps à des activités cliniques notamment à l'urgence où elle s'assure du cheminement des patients dans le réseau MPOC. Dans ce contexte, elle contribue à la planification de congé ou à l'orientation du client hospitalisé. Elle fait donc les liens nécessaires avec le département de pneumologie ou, le cas échéant, avec le CLSC et/ou le SRSAD qui prendra le relais

après l'hospitalisation. Elle amorce dès l'arrivée du patient à l'hôpital, l'enseignement au client et à sa famille.

L'infirmière désignée quant à elle, évolue en CLSC. Il y a une infirmière désignée par CLSC. Cette dernière a un mandat similaire à l'infirmière pivot en ce qui a trait à la mise en place des modalités clinico-organisationnelles mais son spectre d'action est plus local. Dans la mesure où elles agissent auprès des intervenants et gestionnaires du CLSC et auprès des partenaires locaux tels que bureaux de médecins, pharmacies communautaires, organismes dans la communauté, etc.. Par ailleurs, l'infirmière désignée a aussi une fonction clinique étant de surcroît, gestionnaire de cas des clients MPOC. Comme gestionnaire de cas, elle a pour mandat d'accueillir toute demande relative à un client MPOC, d'évaluer la situation bio-psycho-sociale de ce dernier, d'établir des liens, selon les besoins du client avec les autres professionnels du CLSC ou de d'autres établissements ou organismes. Elle doit s'assurer que les plans d'interventions interdisciplinaires soient élaborés et lorsque nécessaire, elle coordonne, avec les autres établissements concernés, un plan de services individualisé pour le client. Dans certains cas, elle fait aussi des interventions de soins et d'enseignement. Sinon, elle demeure disponible pour répondre aux demandes de soutien clinique de la part des autres professionnels. Enfin, cette intervenante, tout comme l'infirmière pivot, est sollicitée pour développer des projets locaux, sous-régionaux ou régionaux pour répondre aux besoins émergents de cette clientèle.

Au SRSAD, nous avons identifié deux fonctions infirmières qui ne sont toutefois pas exclusives aux MPOC mais qui représentent un investissement majeur pour ces professionnelles. Il s'agit des fonctions d'*infirmière clinicienne spécialisée* et d'*infirmière gestionnaire à l'accessibilité*.

L'infirmière clinicienne spécialisée occupe un poste unique dans ce service. Cette infirmière est détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières. Elle assure notamment l'encadrement clinique des infirmières et autres professionnels du SRSAD en plus de dispenser les formations régionales sur les MPOC à l'intention des infirmières des CH et CLSC. Au niveau régional, cette professionnelle s'implique aussi dans les différentes

instances pour poursuivre le développement et l'amélioration du réseau MPOC. À cette fin, cette professionnelle s'investit dans des activités de recherche et dans des activités de transfert de connaissances provinciales et nationales (colloques scientifiques et professionnels).

La seconde fonction est l'infirmière *gestionnaire à l'accessibilité*. Ce sont deux infirmières qui assurent cette fonction au SRSAD. Elles reçoivent toutes les demandes que les établissements adressent au SRSAD, elles s'assurent de l'admissibilité des demandes en complétant l'évaluation, elles installent les services et font la gestion et la distribution des nouveaux cas par territoire auprès des infirmières et autres professionnels du SRSAD. Enfin, elles établissent des liens de communication et de rétroaction pour les professionnels des CLSC.

Le CH utilise aussi les services *d'infirmières de liaison*. Chaque CH a plusieurs postes d'infirmières de liaison. Cette fonction n'est pas spécifique aux MPOC ni même, à la pneumologie. Il s'agit d'une fonction multi-clientèles ayant pour mandat de planifier le retour à domicile des patients hospitalisés. Ainsi, dans le cas des MPOC, lorsqu'une personne est hospitalisée et que le congé est planifié, l'infirmière de liaison transmet par télécopieur, par courriel ou par téléphone, les informations cliniques pertinentes au CLSC pour favoriser la planification des services dans la communauté.

La dernière fonction, et non la moindre, est celle *d'infirmière soignante* que nous nommerons « *infirmière* » pour la suite de la description de cas. Ces infirmières travaillent dans les trois types d'établissements constituant notre cas. Les infirmières du CLSC interagissent avec la plupart des autres infirmières qui occupent les fonctions spécifiques que nous avons décrites précédemment. Leur première collaboratrice est, bien entendu, l'infirmière désignée de leur CLSC respectif avec qui elle installent le plan d'intervention. Dans la majorité du temps, elles travaillent auprès des personnes en perte d'autonomie dont les personnes aux prises avec un MPOC font partie. Elles font le suivi de santé de ces personnes (suivi des paramètres, médication, etc.), elles planifient l'aide à domicile au besoin, elles réfèrent ou consultent d'autres professionnels, elles font de l'enseignement,

etc.. Lorsque leur client décompense mais demeure à domicile, elles établissent des liens avec la gestionnaire à l'accessibilité du SRSAD. Dans ces circonstances, elles collaborent avec les infirmières du SRSAD qui font le suivi spécialisé (ex. oxygénothérapie/inhalothérapie à domicile). Dans l'éventualité d'une hospitalisation d'un client MPOC, elles communiquent avec l'infirmière pivot pour lui transmettre ou pour recevoir les informations cliniques. Elles reçoivent aussi des informations de la part de l'infirmière de liaison au moment du congé du client. En CLSC et au SRSAD, la plupart du temps, les infirmières ont une formation universitaire. Elles font partie d'une équipe multidisciplinaire. Leur implication auprès de la clientèle MPOC n'est pas exclusive. Dans chaque CLSC on dénombre environ huit à dix infirmières dans l'équipe de soins et maintien à domicile. En ce qui a trait aux infirmières du SRSAD, elles sont environ une par territoire de CLSC. Enfin, les infirmières en CH procurent des soins aux patients hospitalisés.

Les médecins

D'autres professionnels sont aussi impliqués dans le réseau MPOC à différents niveaux. Il y a d'abord les *médecins omnipraticiens* qui s'impliquent dans les différentes cliniques de la communauté (GMF, polycliniques, cabinets de médecins). Ces médecins font le suivi médical, avec et sans rendez-vous, de clients de tous âges, sans implication particulière auprès des personnes souffrant de MPOC.

Les *pneumologues* pour leur part ont un rôle beaucoup plus actif auprès de cette clientèle bien qu'ils ne travaillent pas directement avec les infirmières des CLSC. En effet, les pneumologues du CH et du SRSAD travaillent étroitement avec les infirmières de ces établissements. En ce qui a trait à la collaboration entre les infirmières des CLSC et les pneumologues, nous pouvons la qualifier d'occasionnelle puisque les pneumologues n'ont ni le mandat, ni les incitatifs pour que cette collaboration s'établisse.

« L'autre affaire ou le bât blesse un peu, c'est plus en terme et là ça va être extrêmement mercantile ce que je vais vous dire, mais si un patient m'est référé par une infirmière de CLSC, je ne suis pas payé moi pour ma consultation. Alors ça c'est un problème dans le

« système parce que... ce n'est pas tellement l'incitatif, c'est normal, n'importe qui est payé pour faire son travail. En fait, je n'ai pas besoin de l'incitatif positif, mais le fait que je reçois un patient qui m'est référé comme ça, c'est correct et je considère que c'est mon travail de l'aider et de lui donner une place, mais je ne suis pas rémunéré parce que je le reçois comme ça. Donc en général, j'essaie de dire fait une consultation à un médecin s.v.p. demandes à un médecin de signer une consultation juste pour que ça se fasse de façon normale. Donc la référence finalement d'un généraliste. »

En effet, l'organisation des services prévoit plutôt qu'ils agissent comme consultants auprès des omnipraticiens et pour appuyer cette orientation, ils sont rémunérés quand ils répondent à une requête d'un omnipraticien ce qui n'est pas le cas si une infirmière de CLSC tente une référence ou demande du soutien. Toutefois, lorsque les infirmières du SRSAD réfèrent à eux, certains médecins spécialistes répondent aux demandes même si le patient n'est pas suivi par eux.

« Alors chaque jour je discute avec entre huit ou douze infirmières (du SRSAD), parfois plus, parfois moins pour régler des problèmes, des orientations de soins, s'ils ont besoin d'une ressource professionnelle, s'il y a un problème avec un autre médecin, ou quoi que ce soit. Je pense que dans mon rôle ce qu'elles jugent important c'est surtout d'avoir une ressource médicale qui soit disponible rapidement pour régler la plupart des problèmes. C'est excessivement rare que je refuse de m'impliquer. C'est extrêmement rare. Donc on règle beaucoup, beaucoup de problèmes. C'est sûr qu'on demande comme médecin, tous nos patients doivent avoir en théorie un médecin traitant mais ils n'ont pas toujours un médecin de famille. Parfois ils (les médecins traitant) refusent de s'impliquer dans certains problèmes, des problèmes de coagulation ou de régler le Coumadin, l'anticoagulant, il y a des médecins qui refusent de s'impliquer là-dedans, alors on essaie de faire ça. Donc c'est surtout à ce niveau je pense que mon rôle médical est important dans la vie de tous les jours pour les infirmières. »

Autres professionnels et travailleurs de la santé

En CH et au SRSAD, d'autres professionnels de la santé sont aussi impliqués auprès de cette clientèle. Il s'agit des *inhalothérapeutes, physiothérapeutes et des travailleurs sociaux*. Les inhalothérapeutes ont un rôle plus important auprès de la clientèle MPOC en administrant des thérapies respiratoires. En CLSC, les *travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes* ont aussi un rôle à jouer auprès de cette clientèle dans la mesure où ces professionnels travaillent au maintien à domicile des personnes âgées. Parler du maintien à domicile des personnes âgées nous fait voir que d'autres travailleurs

de la santé contribuent au maintien à domicile des personnes âgées aux prises avec une MPOC, il s'agit des *auxiliaires familiales* travaillant en CLSC. Ces travailleuses offrent des services domestiques aux personnes en perte d'autonomie pour permettre leur maintien à domicile.

Les gestionnaires

Pour conclure, il est nécessaire de noter l'implication des *gestionnaires* (cadres cliniques et directeurs de services) dans les trois types d'établissements du réseau. Ces gestionnaires, en majorité de formation infirmières, soutiennent le développement du réseau MPOC; allouent et encadrent les ressources; stimulent la concertation inter-établissements et interprofessionnels.

Annexe 6-Mandat des établissements et des professionnels dans le réseau de services postnataux

Les CLSC

Les CLSC sont des établissements de première ligne qui desservent la clientèle d'un territoire donné. En périnatalité, les CLSC offrent, depuis plusieurs années, du suivi prénatal et postnatal individuel et de groupe. Le suivi individuel est assuré par une équipe multidisciplinaire composée le plus souvent, d'infirmières, d'intervenants sociaux, de nutritionnistes, d'éducatrices et d'auxiliaires familiales dans certains cas, un médecin omnipraticien et un psychologue viennent enrichir l'équipe.

Les services individuels s'adressent principalement aux familles vulnérables sur les plans physique, psychologique ou social. Les intervenants des équipes multidisciplinaires assurent un suivi régulier voire intensif (MSSS, 1995), aux futurs parents et en particulier à la femme enceinte. Dans certains cas, ce suivi est assuré par un seul professionnel mais le plus souvent, les intervenants travaillent en complémentarité pour répondre aux nombreux besoins de ces familles. Dans ce cas la famille travaille avec un intervenant « pivot » qui a la responsabilité d'élaborer et de réajuster le plan d'intervention interdisciplinaire au besoin. Cet intervenant est, le plus souvent, une infirmière, un intervenant social ou une nutritionniste. Les types d'interventions les plus couramment effectuées auprès de ces clientèles sont l'enseignement, la modélisation, l'accompagnement vers les ressources dans la communauté, la défense des droits, la référence vers d'autres professionnels (ex. médecin) ou organisations publiques ou para-publiques (ex. centre d'emploi, service de police). Le travail intersectoriel caractérise l'intervention faite auprès des personnes vulnérables.

Les CLSC offrent aussi des services individuels aux jeunes parents qui ne présentent pas nécessairement de critères de vulnérabilité. Les infirmières des CLSC effectuent des visites postnatales systématiques (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001) autant pour les primipares que pour les multipares. Ces

visites ont pour objectif de dépister toute situation de vulnérabilité chez la mère, le nouveau-né et la famille et d'offrir le soutien approprié et de compléter l'enseignement amorcé au centre hospitalier. Le plus souvent, une seule visite suffit et par la suite, la mère peut contacter l'infirmière à tout moment pour obtenir des conseils complémentaires. Toutefois, dans certains cas, l'infirmière juge que la cliente présente suffisamment de critères de vulnérabilité pour recevoir des services continus tels que décrit précédemment.

Par ailleurs, les CLSC assurent aussi des services de vaccination pour les enfants et les adultes. Chez les enfants, il s'agit d'un autre moyen pour rencontrer individuellement l'enfant et les parents. Ainsi, à partir de 2 mois, le bébé, en plus de bénéficier de son vaccin, voit sa croissance et son développement évalué par l'infirmière. Là encore, cette dernière peut faire de l'enseignement, décider de revoir la famille plus régulièrement ou au besoin, référer à un autre professionnel ou une autre organisation.

Enfin, les CLSC offrent des services de groupe dans la période pré et postnatale. À titre d'exemple, citons les groupes de préparation à la naissance ou ce que l'on appelait traditionnellement les « classes prénatales » où les parents viennent acquérir des connaissances sur le déroulement de l'accouchement et sur les soins du nourrisson. C'est groupes sont animés par des infirmières qui s'associent pour certains thèmes, à d'autres professionnels (ex. nutritionniste ou intervenant social). Il existe aussi des groupes plus spécifiques tels que ceux portant sur l'allaitement maternel où l'infirmière travaille en collaboration avec des groupes de soutien à l'allaitement maternel. Pour les pères, certains CLSC offrent des groupes à leur intention afin de renforcer leur place dans le noyau familial. C'est groupes sont souvent sous la responsabilité de l'intervenant social qui s'associe à d'autres professionnels et à des groupes d'entraide pour les hommes.

Les CH

En périnatalité, le CH a un rôle plus circonscrits que le CLSC dans la mesure où il se concentre principalement sur le post-partum immédiat. Avec l'avènement du court séjour, le CH intervient sur une épisode de 48 à 96 heures mais son intervention représente

le maillon important de la période périnatale¹² (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001) car il a la responsabilité des interventions entourant la naissance de l'enfant jusqu'au congé de la mère et du nouveau-né. C'est donc au CH que revient la responsabilité de planifier le congé de la mère et de l'enfant.

La mise en réseau CH – CLSC - médecin traitant

C'est précisément dans ce rôle de planification que le CH est appelé à travailler en réseau. Toutes les activités reliées à la planification du congé sont sous la responsabilité du personnel infirmier et médical en CH. La planification du congé signifie d'abord de débiter l'enseignement à la mère (aux parents) avec un plan d'enseignement et les contenus standardisés qui ont été élaborés pour tous les CH et les CLSC (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003) de la région sociosanitaire. La planification du congé est donc un travail de collaboration entre les infirmières et les médecins, obstétriciens et pédiatres, pour les informer de l'évolution de la mère et l'enfant afin de leur donner tout le matériel leur permettant de signer le congé de ces derniers en toute connaissance de cause. Enfin, la planification du congé, c'est le transfert, au bon moment et de la façon la plus complète, de toutes les informations cliniques permettant au CLSC d'intervenir rapidement auprès des nouveaux parents à domicile.

Les acteurs impliqués

Les infirmières

En CLSC, les infirmières font partie d'une équipe multidisciplinaire. Elles effectuent des interventions individuelles et de groupe en prénatal et en postnatal auprès des mères (parents), du nouveau-né et des autres enfants. L'essentiel du travail des infirmières de périnatalité en CLSC consiste à faire de l'enseignement sur divers sujets en lien avec l'évolution de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, les soins post-partum et les soins du nouveau-né. Aussi, les infirmières sensibilisent les clientes aux

¹² Période périnatale : du début de la grossesse jusqu'à ce que le nourrisson ait 6 mois

impacts de l'arrivée d'un nouveau-né sur le couple et sur les autres enfants. Elles offrent du soutien au moyen de suivis réguliers afin de faciliter l'adaptation des parents à leur nouveau rôle. Ces suivis sont l'occasion pour les infirmières de faire du dépistage des conditions de vulnérabilité bio-psycho-sociale. Selon les situations dépistées, l'infirmière s'associe à d'autres intervenants du CLSC ou réfère à des professionnels ou des ressources à l'extérieur du CLSC tels que les médecins (omnipraticien, obstétricien ou pédiatre, organismes communautaires) ou équipe hospitalière. Dans les situations où il y a coexistence de plusieurs problématiques, l'infirmière peut adopter la fonction *d'intervenante « pivot »* où, en plus de s'acquitter de ses fonctions comme infirmière, elle agit comme coordonnatrice du plan d'intervention interdisciplinaire pour les services offerts par le CLSC. Cette fonction d'intervenante « pivot » n'est d'ailleurs pas exclusive aux infirmières. Les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire où les intervenants sociaux et les nutritionnistes font aussi office d'intervenants « pivots ».

Certaines infirmières ont des responsabilités particulières au sein de l'équipe de périnatalité. Ces responsabilités font partie de la fonction d'« *assistante du supérieur immédiat* » (ASI). Dans le cadre de ses fonctions, ASI offre un encadrement clinique aux infirmières ainsi qu'à d'autres intervenants de l'équipe tels que l'auxiliaire familiale et l'éducatrice familiale. Cette fonction formelle puisqu'il s'agit d'un poste qui s'octroie par affichage, offre plus d'autonomie organisationnelle à l'infirmière lui permettant notamment de négocier avec les autres partenaires du réseau, les modalités de prise en charge des clientèles. Il existe une fonction similaire à l'ASI pour les intervenants psychosociaux, il s'agit de la fonction de responsable clinique mais cette fonction, à la différence de celle d'ASI, n'est pas un poste affiché mais bien, une responsabilité confiée. La fonction de responsable clinique est donc perçue comme moins formelle.

En CH, les infirmières de périnatalité occupent surtout des fonctions de soignantes car elles interviennent dans les heures qui précèdent la naissance et durant 24 à 72 heures après la naissance. Bien que la priorité soit accordée aux soins de la mère et du nouveau-né, les infirmières font de l'enseignement à la nouvelle maman et au père lorsque ce dernier est

présent. Comme nous l'indiquions précédemment, l'enseignement effectué autant par les infirmières du CH que celles du CLSC est encadré par un guide de pratique pour l'ensemble des établissements de la région socio-sanitaire (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003). Tout au long de la période d'hospitalisation, les infirmières ont la responsabilité de dépister toute situation problématique sur les plans bio-psycho-social. Ainsi, elles colligent et transfèrent toute information clinique pertinente aux médecins qui ont la responsabilité de signer le congé de la mère et du bébé et au CLSC où réside la mère afin que le CLSC effectue sa première visite dans les délais prescrit par l'autorité régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001).

En milieu hospitalier, il existe un poste infirmier qui peut être mise en parallèle avec la fonction d'ASI en CLSC. Il s'agit de la fonction d'*assistante*, qui a pour objectif premier d'organiser le travail des infirmières au niveau des horaires et de la répartition des ressources et aussi, d'offrir du soutien professionnel au personnel infirmier du département. Toutefois, cette fonction n'a pas expressément le mandat de négocier avec les autres partenaires du réseau, les modalités de prise en charge des clientèles tel que l'ASI peut le faire.

Les gestionnaires

En CH, c'est plutôt l'infirmière chef qui a le mandat de négocier avec les autres partenaires du réseau. À l'opposé de l'assistante, l'infirmière chef est un cadre qui a la responsabilité de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de son département. C'est l'infirmière chef qui a le mandat de travailler les modalités organisationnelles avec les autres gestionnaires du réseau périnatalité.

Les gestionnaires en CLSC quant à elles, ont, tout comme pour les gestionnaires de CH, la responsabilité de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières d'une ou de plusieurs équipes multidisciplinaires. C'est pourquoi, les fonctions de gestionnaires ne sont pas confiées uniquement à des infirmières bien que dans le cas que

nous étudions, ce soient des infirmières qui occupent ces postes. En ce qui a trait au mandat de négocier les modalités de prise en charge des clientèles avec les autres partenaires du réseau, les gestionnaires du CLSC y travaillent d'avantage sur le plan stratégique à un niveau régional tandis qu'elles confient les aspects opérationnels leur ASI.

Les nutritionnistes

Les nutritionnistes travaillent en CLSC, Elles s'investissent principalement auprès femmes enceintes vulnérables où elles effectuent le suivi nutritionnel de ces dernières et agissent dans certains cas comme intervenantes « pivots ». Elles travaillent aussi avec les groupes communautaires pour développer et soutenir des initiatives de sécurité alimentaire utiles aux jeunes familles en difficulté (ex. cuisines collectives, banques alimentaires).

Les intervenants sociaux

Ces intervenants sont, le plus souvent, des travailleuses sociales. L'essentiel de leur travail est d'offrir du soutien psycho-social aux familles ayant de jeunes enfants. Elles accompagnent les femmes enceintes ou les nouvelles mamans présentant des critères de vulnérabilité vers les ressources parapubliques ou communautaires appropriées (ex. centres d'emplois, maisons de la famille). Elles dépistent les situations de risque pour la femme ou l'enfant (ex. violence conjugale, maltraitance) et interviennent pour contrer ces situations. Parfois, elles établissent leur plan d'intervention en impliquant le Centres jeunesse ou la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Les intervenants sociaux s'impliquent aussi dans des activités de groupe qui visent l'adaptation des parents à leur nouveau rôle. À l'instar des infirmières et des nutritionnistes, les intervenants sociaux agissent comme intervenants « pivots ».

En CH, les intervenants sociaux sont appelés à intervenir dans des situations de risque psychosocial où il est possible que la DPJ ait à intervenir. Dans ces situations, soit que l'intervenante ait été informée par le CLSC ou encore, par une infirmière ou un médecin du CH. Lorsque l'intervenante sociale du CH est impliquée, elle travaille en

collaboration avec le CLSC afin d'assurer un cadre sécuritaire à domicile lors du congé de l'enfant.

Les éducatrices et auxiliaires familiales

Ces intervenantes travaillent dans la période postnatale, auprès des mères afin de développer leurs habiletés. Leurs stratégies d'intervention se basent sur la modélisation. L'un et l'autre montrent aux jeunes mères les soins au nouveau-né et les moyens pour stimuler l'enfant mais dans le cas de l'auxiliaire familiale, elle offre aussi des services d'aide à domicile. Ce qui signifie que dans des situations où une mère aurait éprouvé des difficultés particulières suite à un accouchement (ex. césarienne avec complications, dépression postnatale), l'auxiliaire familiale peut aller s'occuper de l'enfant et s'occuper des activités domestiques quelques heures par semaine en substitution des proches de la nouvelle maman.

Les médecins

En périnatalité, les médecins sont des omnipraticiens et obstétriciens qui travaillent en clinique ainsi que des pédiatres qui, le plus souvent interviennent en milieu hospitalier. Les médecins ont la responsabilité du suivi médical de la femme dans la période pré et postnatale, et du nouveau-né. L'obstétricien et le pédiatre ont aussi la responsabilité de signer le congé du CH de la mère et du nouveau-né. Selon le cadre de référence postnatale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001) ils ont l'obligation de faire suivre toute information pertinente au CLSC mais dans les faits, ce sont les infirmières du CH qui assurent ce suivi.