

Université de Montréal

**La mise en œuvre de services cliniques intégrés sous l'angle du
sensemaking organisationnel : le cas des services intégrés en
santé mentale et en dépendance**

par

Chantal Sylvain

École de santé publique

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de *Philosophia Doctor* (Ph.D.)
en Santé publique
option Organisation des soins de santé

Septembre 2012

© Chantal Sylvain, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

La mise en œuvre de services cliniques intégrés sous l'angle du sensemaking
organisationnel : le cas des services intégrés en santé mentale et en dépendance

Présentée par :
Chantal Sylvain

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais, président-rapporteur
Lise Lamothe, directrice de recherche
Alain Lesage, membre du jury
Hubert Wallot, examinateur externe
Hugues Cormier, représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse a comme objectif général d'enrichir la compréhension du phénomène de mise en œuvre des services cliniques intégrés en contexte organisationnel. Elle s'inscrit dans la perspective théorique du sensemaking organisationnel (Weick, 1995).

Dans un premier temps, nous avons étudié comment des acteurs ont construit le sens du projet d'intégration qu'ils devaient mettre en œuvre, et les répercussions de cette construction de sens sur des enjeux cliniques et organisationnels. Le contexte étudié est une nouvelle organisation de santé créée afin d'offrir des services surspécialisés à des personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance. Une stratégie de recherche de type qualitatif a été utilisée. L'analyse a reposé sur des données longitudinales (8 ans) provenant de trois sources : des entrevues semi-dirigées, des observations et de l'analyse de documents. Deux articles en découlent. Alors que l'article 1 met l'accent sur la transformation des pratiques professionnelles, l'article 2 aborde le phénomène sous l'angle de l'identité organisationnelle.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une analyse critique des écrits. Celle-ci a porté sur les tendances actuelles dans la façon d'étudier la mise en œuvre des services intégrés pour les troubles concomitants. Les résultats obtenus sont présentés dans l'article 3.

Quatre grands constats se dégagent de l'ensemble de ce travail. Le premier est que la mise en œuvre de services cliniques intégrés est un phénomène dynamique, mais sous contrainte. Autrement dit, il s'agit d'un phénomène évolutif qui se définit et se redéfinit au gré des événements, mais avec une tendance lourde à maintenir la direction dans laquelle il s'est déployé initialement. L'énaction et l'engagement des professionnels sont apparus des mécanismes explicatifs centraux à cet égard.

Le second constat est que la mise en œuvre s'actualise à travers des niveaux d'intégration interdépendants, ce qui signifie que le contexte et l'objet qui est mis en œuvre

coévoluent et se transforment mutuellement. Nos résultats ont montré que la notion de "pratiques de couplage" était utile pour capter cette dynamique.

Notre troisième constat est que la mise en œuvre demeure profondément ancrée dans le sens que les membres organisationnels construisent collectivement du projet d'intégration à travers leurs actions et interactions quotidiennes. Cette construction de sens permet de comprendre comment le contenu et la forme du projet d'intégration se façonnent au gré des circonstances, tant dans ses aspects cliniques qu'organisationnels.

Enfin, le quatrième constat est que ces dynamiques demeurent relativement peu explorées à ce jour dans les écrits sur l'implantation des services intégrés pour les troubles concomitants. Nous faisons l'hypothèse que ce manque de reconnaissance pourrait expliquer une partie des difficultés de mise en œuvre actuelles.

Globalement, ces constats permettent d'enrichir considérablement la compréhension du phénomène en révélant les dynamiques qui le constituent et les enjeux qu'il soulève. Aussi, leur prise en compte par les décideurs et les chercheurs a-t-elle le potentiel de faire progresser les pratiques vers une intégration accrue.

Mots-clés : intégration des soins, sensemaking, implantation, double diagnostic, processus de changement, pratiques professionnelles, identité organisationnelle, étude qualitative

Abstract

The main objective of this thesis is to further our understanding of the implementation process of integrated care in an organizational context. It is structured on the sensemaking perspective (Weick, 1995).

At first, we studied how actors construct the meaning of the integration project they had to implement, and the impact of this sensemaking on clinical and organizational issues. The context studied is a new organization created to provide ultra-specialized services to patients suffering from co-occurring mental health and addiction disorders. We used a qualitative research strategy and based our analysis on longitudinal data (8 years) collected from three sources: semi-structured interviews, observations and document analysis. This analysis has resulted in two articles. While the first article focuses on the transformation of professional practices, the second article examined the phenomenon in terms of organizational identity.

Secondly, we conducted a critical analysis of the literature, focused on current trends in the way implementation studies of integrated services are carried out. The results are presented in the third article.

Four main findings emerge from this work. The first finding is that the implementation of integrated care is a dynamic phenomenon, not without strain or tensions. In other words, this is an evolutive phenomenon that is defined and redefined depending on events, but never completely renewed. The enaction and commitment of professionals appeared to be key explanatory mechanisms of this phenomenon.

The second finding is that implementation is actualized through interrelated levels of integration, which means that the context of implementation and the object that is implemented co-evolve and become mutually transformed. Our results showed that the concept of "coupling practices" was useful to capture this dynamic.

The third finding is that implementation remains deeply rooted in the meaning that organizational members collectively construct of the integration project, through their everyday actions and interactions. This sensemaking leads to understanding how the content and form of the integration project are shaped according to circumstances, both from clinical and organizational aspects.

The fourth finding is that these dynamics remain relatively unexplored to date in the scientific literature on the implementation of integrated care for co-occurring disorders. We hypothesize that this lack of recognition may explain some of the actual difficulties in implementing these services.

Overall, these findings considerably enrich general understanding of the phenomenon by revealing the dynamics that constitute it and the issues it raises. Also decision makers and researchers consideration of these dynamics has the potential to promote and improve integrated practices.

Keywords : integrated care, sensemaking, implementation, dual diagnosis, change process, professional practices, organizational identity, qualitative study

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Liste des sigles et des abréviations.....	xii
Remerciements	xiv
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE.....	1
Chapitre 1 Problématique et objectifs.....	2
1.1 Problématique	2
1.2 Objectif de la thèse.....	6
1.3 Objectifs de recherche.....	6
1.4 Organisation de la thèse	7
Chapitre 2 État des connaissances	9
2.1 Intégration des services cliniques.....	9
2.1.1 Le concept d'intégration dans le champ de la santé.....	9
2.1.2 Qu'est-ce que des services cliniques intégrés?	11
2.1.3 Le cas des services intégrés en santé mentale et en dépendance	15
2.2 Mise en œuvre de services cliniques intégrés	20
2.2.1 Le concept de mise en œuvre	20
2.2.2 Pourquoi s'intéresser à la mise en œuvre de services cliniques intégrés?	21
2.2.3 La mise en œuvre de services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance	23

2.2.4	La transformation des pratiques professionnelles	26
2.2.5	L'identité organisationnelle	30
2.3	Synthèse	33
Chapitre 3 Éléments d'ancrage théorique		36
3.1	Sensemaking organisationnel : aperçu d'ensemble.....	36
3.1.1	Assises théoriques	36
3.1.2	Analyse critique des travaux empiriques en lien avec le sensemaking.....	40
3.2	Ancrage théorique complémentaire : les travaux d'Abbott en sociologie des professions	42
3.3	Éléments d'ancrage théorique mobilisés dans la thèse	43
PARTIE II : CADRE OPÉRATOIRE		47
Chapitre 4 Contexte de recherche		48
Chapitre 5 Méthodologie de la recherche		51
5.1	Méthodologie relative à l'article 1 et à l'article 2	51
5.1.1	Paradigme de recherche	51
5.1.2	Stratégie de recherche	52
5.1.3	Collecte de données.....	53
5.1.4	Analyse des données	57
5.1.5	Considérations sur la validité de la recherche.....	59
5.1.6	Considérations éthiques	61
5.2	Méthodologie relative à l'article 3	61
5.2.1	Sélection des articles.....	62
5.2.2	Stratégie d'analyse	63

PARTIE III : ARTICLES	64
Chapitre 6 Sensemaking: A Driving Force Behind the Integration of Professional Practices (Article 1).....	67
6.1 Abstract	68
6.2 Introduction.....	70
6.3 Conceptual Framework	71
6.4 Research Context	73
6.5 Methods.....	74
6.6 Results.....	79
6.6.1 Personality disorders and addictive behavior program	79
6.6.2 Psychotic disorders and addictive behavior program.....	83
6.6.3 Complex disorders and addictive behavior program	86
6.7 Discussion	89
6.7.1 The nature of the process of sensemaking in which health professionals collectively participate	89
6.7.2 The effect of the process of sensemaking on the evolution of integrated services.....	93
6.8 Conclusion	95
6.9 References.....	97
Chapitre 7 Constructing Organizational Identity in a Professional Context: A Journey Through Ambiguity (article 2).....	103
7.1 Abstract	104
7.2 Introduction.....	105
7.3 Conceptual Framework	106
7.4 Reaserch context	113
7.5 Methods.....	114
7.6 Results.....	117

7.6.1	PHASE 1: Start-up and expansion (11/2001 to 04/2004)	120
7.6.2	PHASE 2 : Stabilization of previous gains (04/2004 to 09/2006)	126
7.6.3	PHASE 3 : Weakening of DDC's foundations (09/2006 to 07/2009)	131
7.7	Discussion	134
7.8	Conclusion	138
7.9	References	140

Chapitre 8 Dual Diagnosis Services : Toward a Better Understanding of Their Implementation (article 3)..... 145

8.1	Abstract	146
8.2	Introduction	147
8.3	Approach	148
8.4	Results	149
8.4.1	General findings	150
8.4.2	Findings on the implementation approach used	151
8.5	Discussion	157
8.5.1	Assessing implementation outcomes	157
8.5.2	Ways of approaching the implementation process	159
8.5.3	The tendency toward large samples	160
8.6	Implications for research	161
8.7	References	163

PARTIE IV : DISCUSSION ET CONCLUSION..... 175

Chapitre 9 Discussion..... 176

9.1	Contributions et réflexions entourant l'article 1	176
9.2	Contributions et réflexions entourant l'article 2	185
9.3	Contributions et réflexions entourant l'article 3	191
9.4	Limites de la démarche	195

Chapitre 10 Conclusion.....	199
10.1 Recommandations pour la pratique.....	200
10.2 Recommandations pour la recherche	202
Bibliographie	206
Annexes	xv
Annexe 1 : Guides d’entrevue.....	xvi
Annexe 2 : Certificats d’approbation éthique	xxiii
Annexe 3 : Formulaire d’information et de consentement aux entrevues individuelles	xxvii

Liste des tableaux

Tableau 5-1 : Détails des entrevues réalisées.....	55
Tableau 5-2 : Stratégies de vérification utilisées pour assurer la validité de la recherche...	60
Tableau 5-3 : Liste des articles de la thèse.....	65
Table 6-1 : Quantitative details of interview data.....	76
Table 7-1 : Quantitative details for interview data.....	116
Table 7-2 : Collective meanings associated with each label for each identity construction phase.....	119
Table 8-1 : Content-centered implementation studies with a descriptive objective	152
Table 8-2 : Content-centered implementation studies with an explanatory objective	154
Table 8-3 : Process-centered implementation studies with a descriptive objective.....	156
Table 8-4 : Process-centered implementation studies with an explanatory objective	156
Table 8-5 : Description of the studies used in the analysis.....	171

Liste des figures

Figure 6-1 : Timeline situating the study period divisions	78
Figure 6-2 : Dynamics of reproduction created by the sensemaking process.....	91
Figure 7-1 : Analytical framework for the identity construction process	112
Figure 9-1: Cadre d'analyse de la dynamique de construction de l'identité organisationnelle	186

Liste des sigles et des abréviations

ACT	<i>Assertive community treatment</i>
AMH	<i>Addiction and mental health</i>
CRT	Centre de réadaptation en toxicomanie
CÉRT	Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie
DDC	<i>Dual Diagnosis Clinic</i>
DRC	<i>Drug rehabilitation center</i>
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EBP	<i>Evidence-based practice</i>
HP	Hôpital psychiatrique
IDDT	<i>Integrated dual diagnosis treatment</i>
IDS	<i>Integrated delivery system</i>
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PH	<i>Psychiatric hospital</i>
SE	<i>Support employment</i>

*(...) l'action n'est toujours qu'un tout petit
pas en avant de la cognition. Nous
produisons notre action à travers une
compréhension retardée.*

Karl E. Weick (2003)

Remerciements

Je tiens à remercier d'abord ma directrice de recherche, Lise Lamothe. Sans son ouverture devant mes coups de cœur momentanés et sa capacité à me ramener à d'autres moments, l'expérience du doctorat aurait été certainement moins enrichissante et savoureuse. En agissant comme une mentore avec moi tout au long de mon cheminement doctoral, elle me permet aujourd'hui d'être mieux outillée pour faire face aux défis qui m'attendent dans ma nouvelle carrière. Merci pour cette grande générosité.

Mes remerciements vont ensuite à toutes ces personnes rencontrées dans le cadre universitaire et avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger ces dernières années. Chacun à sa façon m'a inspirée, certains par leur rigueur et leur passion pour leur métier, d'autres par leur humour, leur gentillesse ou leur générosité. Je ne les nomme pas, ils se reconnaîtront sans aucun doute, en particulier ces camarades avec qui j'ai travaillé dans le cadre d'ateliers et pour qui j'éprouve beaucoup d'affection.

Merci également aux nombreux professionnels et gestionnaires qui ont généreusement accepté de consacrer du temps à ma recherche. Sans eux, ce doctorat n'existerait pas dans son état actuel. Ce commentaire vaut également pour les personnes et les groupes qui m'ont soutenue tout au long du parcours, en particulier Danièle Roberge et le Groupe de recherche interuniversitaire sur les urgences (GIRU), le programme de formation en Analyse et évaluation des interventions en santé (AnÉIS), le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

Enfin, merci à Michel et Laurent qui ont été, chacun à sa façon, d'un soutien sans faille tout au long des dernières années.

PARTIE I : CADRE THÉORIQUE

Chapitre 1 Problématique et objectifs

1.1 Problématique

Les préoccupations relatives à l'intégration des soins et services de santé ne sont pas récentes. Même s'ils sont souvent présentés comme précurseurs, les travaux de Shortell et collaborateurs en 1993 sur les modèles de soins intégrés (Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993; Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993) prenaient eux-mêmes appui sur d'autres travaux, notamment ceux portant sur l'intégration horizontale et verticale (Brown & McCool, 1986; Mick & Conrad, 1988). Depuis, on ne compte plus les travaux de recherche et de synthèse qui ont été réalisés sur la question de l'intégration.

En dépit de l'intérêt qu'il suscite, cependant, le concept d'intégration est généralement reconnu pour son côté flou et même élastique (MacAdam, 2008). Ainsi, dans leur recension récente des écrits sur l'intégration dans les systèmes de santé, Armitage, Suter, Oelke et Adair (2009) ont trouvé plus de 70 expressions renvoyant à la notion d'intégration et de nombreuses définitions pour chacune d'elles. Ce constat est partagé également par Kodner (2009) qui compare l'expression « *integrated care* » à un test de Rorschach du fait qu'elle signifie différentes choses pour différentes personnes. Selon cet auteur, ce manque de spécificité et de clarté nuit à la compréhension du concept, à son application et à son évaluation.

Pourtant, le discours sur l'intégration en santé continue d'être vigoureux. Ainsi, l'intégration est au cœur des réflexions sur la façon de réformer le système de santé de nombreux pays (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; World Health Organization, 2012). En Grande-Bretagne, par exemple, un rapport récent sur l'avenir du système de santé, le NHS, place l'intégration accrue des services au centre d'une multitude de projets porteurs (Department of Health, 2008). Au Canada, le discours sur l'intégration apparaît

particulièrement omniprésent, tant du côté fédéral que provincial. Ainsi, dès 2002, la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a présenté l'intégration des services dans le secteur des soins primaires comme un des moyens prioritaires pour pallier à la fragmentation des services et assurer une continuité des soins (Romanow, 2002). Dans le secteur de la santé mentale et de la dépendance, le Comité sénatorial présidé par le sénateur Kirby a recommandé en 2006 que la prestation des services de santé mentale au Canada repose sur trois piliers : 1) l'accès à un large éventail de services offrant aux personnes atteintes la possibilité de choisir ceux qui leur seront les plus bénéfiques, 2) la dispensation de ces services là où les gens vivent, et 3) l'intégration de tous ces types de services dans un but de continuité (Kirby, 2006). Plus récemment, enfin, un rapport produit pour l'Académie canadienne des sciences de la santé a avancé que l'intégration des soins, tant les soins primaires, que les soins spécialisés ou communautaires représentait un élément critique pour parvenir réellement à prendre le virage des soins centrés sur la personne, du moins pour les personnes aux prises avec des maladies chroniques (Nasmith et al., 2010).

Le discours sur l'intégration est également très présent au Québec. Il se manifeste indirectement dès 1962 dans les recommandations du Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (Bédard, Lazure & Roberts, 1962) dont la mise en œuvre a contribué à instaurer la psychiatrie de secteur avec pour objectifs l'accessibilité, l'individualisation et la continuité des soins (Fleury & Grenier, 2004; Wallot, 2001). Les préoccupations entourant l'intégration sont également présentes dans la Politique de santé mentale adoptée en 1989. Cette politique attire l'attention sur le problème de collaboration entre les différents acteurs sociaux et met l'accent, en conséquence, sur la consolidation et l'élargissement du partenariat (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989). Cette notion de partenariat est d'ailleurs définie comme une politique de gestion visant précisément l'intégration des services sociaux et de santé (« Présentation : la politique de santé mentale », 1989, p. 7). La récente réforme du système sociosanitaire (MSSS, 2005b) et celle du système de santé mentale (MSSS, 2005a) s'inscrivent dans la continuité de ces

précédents changements. En effet, chacune accorde également la priorité à une organisation de services intégrés, en mesure de répondre aux besoins d'accessibilité et de continuité de la population. Bref, ce tour d'horizon montre qu'en somme, quoique les préoccupations relatives à l'intégration en santé ne soient pas récentes, ces préoccupations sont persistantes au Québec comme ailleurs, en dépit du flou entourant le concept.

Cet intérêt persistant envers l'intégration s'éclaire à la lumière des bénéfices importants qui en sont attendus. Ainsi, le problème fondamental auquel l'intégration est censée répondre résiderait dans la différenciation croissante des services de santé et les nombreux défis qui en découlent (Glouberman & Mintzberg, 2001). Cette idée est présentée de façon imagée par Mintzberg lorsqu'il affirme que :

« Toute activité humaine organisée – de la poterie à l'envoi d'un homme sur la lune – doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : *la division du travail* entre les différentes tâches à accomplir et *la coordination de ces tâches* pour l'accomplissement du travail » (Mintzberg, 1982, p. 18).

Actuellement, une part importante des défis auxquels fait face le système de santé loge précisément dans sa capacité limitée à dispenser une variété de services bien coordonnés sur une longue période, en réponse aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques (Glouberman & Mintzberg, 2001). Dans ce contexte, il est attendu qu'une meilleure intégration des services améliorera globalement la qualité des services et la satisfaction des patients (Lloyd & Wait, 2005; Spragins & Lorenzetti, 2008). Des gains d'efficience pour le système de santé sont également escomptés (Kodner, 2009).

Au-delà des bénéfices attendus d'une intégration accrue des services, se pose cependant la question de la mise en œuvre de telles transformations. Or, il existe un consensus voulant qu'il s'agisse d'une entreprise longue, difficile et exigeante (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001; Kodner, 2009; Lloyd & Wait, 2005). Ce constat s'applique non seulement lorsque l'intégration vise une population dans son ensemble (niveau macro), mais également lorsqu'elle vise un groupe de personnes aux

prises avec une condition de santé similaire (niveau méso) (Curry & Ham, 2010). Le cas des services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance représente un bon exemple d'une intégration de niveau méso dont les défis de mise en œuvre sont considérables. Au terme d'une recension des écrits sur la question, par exemple, Torrey, Tepper et Greenwold (2011) ont observé une convergence entre les études relativement à l'ampleur des efforts requis pour susciter la transformation attendue des pratiques, sans pour autant garantir son succès. Les auteurs expliquent ces difficultés par la complexité du projet d'intégration lui-même et par le changement de culture et le développement de nouvelles compétences que requiert sa mise en œuvre.

Les recherches actuelles sur la mise en œuvre de services cliniques intégrés ont permis de cerner certains principes favorisant une intégration réussie des services, mais les bases empiriques pour comprendre en profondeur comment de telles transformations peuvent s'opérer apparaissent encore insuffisantes (Suter, Oelke, Adair, & Armitage, 2009). La lacune principale résiderait dans la compréhension incomplète qu'on possède de la dynamique entre les éléments sociaux et organisationnels du processus (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, & Wallace, 2005; Robert, Greenhalgh, MacFarlane, & Peacock, 2009). Dans le domaine des services intégrés en santé mentale et en dépendance, ces critiques représentent une invitation à examiner de façon novatrice la question de la mise en œuvre en s'intéressant particulièrement à son processus. Comme les connaissances actuelles suggèrent que ce processus est non-linéaire, étroitement lié au contexte et difficilement contrôlable de façon centrale (Rush, Fogg, Nadeau, & Furlong, 2008a), la production de connaissances doit permettre en conséquence de rendre compte de cette réalité. Ceci ouvre sur des angles d'analyse qui débordent de l'étude traditionnelle des facteurs facilitant et des obstacles à l'implantation. La transformation des pratiques professionnelles et la construction de l'identité organisationnelle représentent des exemples d'angles d'analyse qui ont le potentiel d'ouvrir sur des compréhensions renouvelées et porteuses du phénomène de mise en œuvre.

Or, ceci implique de se doter d'ancrages théoriques cohérents avec les angles d'analyse ciblés. Dans la thèse, nous avons retenu l'approche théorique du sensemaking organisationnel (Weick, 1995; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). Considérée par plusieurs comme une théorie du processus de changement organisationnel (Van de Ven & Poole, 1995; Weber & Glynn, 2006), cette théorie de la construction de sens (sensemaking) relève d'un sous-groupe de théories qui considèrent tant le processus que l'issue du changement comme étant largement imprévisibles (Audet, 2006). Elle apparaît en ce sens des plus pertinentes pour capter les dynamiques liées à la mise en œuvre de services cliniques intégrés, notamment ce qui entoure la transformation des pratiques professionnelles et l'identité organisationnelle.

1.2 Objectif de la thèse

L'objectif de la thèse consiste conséquemment à enrichir la compréhension du phénomène de la mise en œuvre de services cliniques intégrés en contexte organisationnel en l'abordant comme un processus collectif de construction de sens. Pour atteindre cet objectif, nous prenons appui sur le cas particulier des services intégrés en santé mentale et en dépendance.

1.3 Objectifs de recherche

La thèse poursuit plus spécifiquement les trois objectifs de recherche suivants :

Objectif 1 : Mieux comprendre comment les professionnels de la santé participent à la construction progressive d'une offre de services visant l'intégration des services de santé mentale et de dépendance.

Objectif 2 : Mieux comprendre les processus et les pratiques de travail à travers lesquels se construit progressivement l'identité organisationnelle en contexte professionnel.

Objectif 3 : Analyser les recherches sur l'implantation des services intégrés en santé mentale et en dépendance et en dégager des tendances et des recommandations sur les possibilités de recherche futures.

Nous identifions trois contributions attendues de la thèse à l'avancement des connaissances. Au plan théorique, d'abord, elle contribuera à améliorer la compréhension des dynamiques de changement dans les organisations professionnelles du domaine de la santé. Ces connaissances pourront éclairer les gestionnaires dans leurs réflexions sur la gestion des processus de changement. Ceci représente une contribution importante considérant l'omniprésence des questions entourant le changement dans la gestion quotidienne de ces organisations.

La seconde contribution attendue de la thèse consistera à mettre en lumière des enjeux liés à l'intégration des pratiques cliniques, en particulier, dans le domaine des services intégrés en santé mentale et en dépendance. Cette contribution apparaît importante à la lumière des difficultés actuelles à mettre en œuvre ces services, bien qu'ils soient jugés prioritaires. Ces résultats devraient intéresser les chercheurs et les décideurs qui œuvrent pour la transformation des pratiques en ce sens.

Finalement, une dernière contribution attendue de la thèse sera de nature empirique. Celle-ci découlera de l'analyse riche et détaillée des microprocessus liés à la construction de sens dans une organisation de santé et de l'évolution de ces processus sur une longue période. La description fine qui en émergera enrichira considérablement la banque de données disponibles à cet égard.

1.4 Organisation de la thèse

La thèse se compose de 10 chapitres regroupés en quatre parties. La première partie comprend les trois premiers chapitres de la thèse. Il s'agit de la portion consacrée au cadre théorique. Après le présent chapitre où sont présentés la problématique et les objectifs suit

le chapitre 2 avec un état des connaissances sur l'intégration des services cliniques et leur mise en œuvre. Le chapitre 3 complète la première partie en présentant les éléments d'ancrage théorique qui ont guidé la démarche de recherche.

La seconde partie correspond au cadre opératoire de la thèse. Elle se compose de deux chapitres, soit le chapitre 4 qui présente le contexte de recherche, puis le chapitre 5 qui présente les choix méthodologiques que nous avons effectués.

La troisième partie représente le cœur de la thèse avec la présentation des trois articles qui répondent chacun à l'un des trois objectifs de recherche. Cette partie comprend par conséquent trois chapitres. Ainsi, le chapitre 6 présente l'article 1 qui aborde le phénomène de la mise en œuvre de services cliniques intégrés sous l'angle des pratiques professionnelles. Ceci répond à l'objectif de recherche 1. Nous enchaînons ensuite avec le chapitre 7 qui présente l'article 2. En abordant notre objet d'étude sous l'angle de l'identité organisationnelle, il vient répondre à l'objectif 2. Cette partie se termine finalement avec le chapitre 8 où est présenté l'article 3. Ce dernier analyse la façon actuelle d'étudier la mise en œuvre de services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance. Il répond par conséquent à l'objectif 3.

La quatrième et dernière partie de la thèse propose une discussion et une conclusion d'ensemble. Elle comprend deux chapitres. Le chapitre 9 propose une discussion des résultats prenant appui successivement sur chacun des trois articles, ce qui permet d'ouvrir sur des pistes de réflexion d'ensemble. Une présentation des limites de la démarche de recherche vient clore ce chapitre. La conclusion proposée dans le chapitre 10 permet ensuite de faire déboucher ces pistes de réflexion sur des recommandations en lien avec la pratique et avec la recherche.

Chapitre 2 État des connaissances

Ce chapitre comporte trois sections. La première pose tout d'abord les bases de la notion d'intégration des services cliniques en s'interrogeant sur ses fondements, sur sa conception actuelle et sur son application pour les personnes aux prises avec un problème concomitant de santé mentale et de dépendance. La seconde section enchaîne avec la notion de mise en œuvre des services cliniques intégrés. Après en avoir posé les bases, nous abordons des enjeux particuliers qui lui sont associés, notamment la transformation des pratiques professionnelles et l'identité organisationnelle. Enfin, nous terminons ce chapitre par une brève synthèse qui permet d'introduire les éléments d'ancrage théorique que nous présentons en détail au prochain chapitre.

2.1 Intégration des services cliniques

2.1.1 Le concept d'intégration dans le champ de la santé

La réflexion sur le phénomène d'intégration dans le champ de la santé s'appuie en grande partie sur des travaux fondateurs en théories des organisations. Ceux de Lawrence et Lorsch sur la dynamique différenciation-intégration en font partie (Lawrence & Lorsch, 1967a; Lawrence & Lorsch, 1967b). Pour ces auteurs, cette dynamique prend son origine dans la division du travail à laquelle sont confrontées les organisations dans l'accomplissement de leurs rôles et qui les pousse à se différencier fonctionnellement puis structurellement. En se différenciant, les différentes unités organisationnelles en arrivent à développer des attributs particuliers qui les rendent chacune plus aptes à répondre aux exigences de leur environnement. Plus cette différenciation est grande, plus les activités de collaboration doivent cependant être importantes afin de maintenir « l'unité d'effort » de l'organisation dans son ensemble. Ceci renvoie spécifiquement au concept d'intégration défini par Lawrence et Lorsch comme « *la qualité de la collaboration qui existe entre des départements qui doivent unir leurs efforts pour satisfaire aux demandes de*

l'environnement » (1973, p. 29). Ce mouvement vers l'intégration répond conséquemment au mouvement de différenciation et explique la tension permanente qui prévaut entre les deux (Lawrence & Lorsch, 1967b). Considérant la forte différenciation du système de santé, plusieurs contemporains s'appuient sur ces travaux fondateurs dans leur appel pressant à réaliser une intégration qui soit d'un niveau proportionné à la différenciation (Axelsson & Axelsson, 2006; Glouberman & Mintzberg, 2001a).

La discussion de Thompson (1967) sur les types d'interdépendance fait également partie des travaux fondateurs de la réflexion sur l'intégration en santé. Ces travaux ouvrent sur la question des moyens conduisant à cette nécessaire intégration. La discussion de Thompson part du constat que l'incertitude est inhérente au fonctionnement des organisations complexes. Cette incertitude serait en outre fonction du niveau d'interdépendance des composantes sollicitées pour réaliser les tâches incombant aux organisations. Trois types d'interdépendance sont identifiés. Le premier type, l'interdépendance d'ensemble (*pooled interdependence*) correspond aux situations où chaque partie apporte sa contribution à l'ensemble; le résultat final dépend du travail de chaque partie, mais sans pour autant que le travail de chacun ne dépende de celui des autres. Il s'agit d'un niveau d'interdépendance se retrouvant lorsque les problèmes sont plutôt stables et répétitifs. Une coordination par standardisation apparaît alors appropriée, par exemple, l'établissement de règles et de routines. Le second type, l'interdépendance séquentielle (*sequential interdependence*), correspond pour sa part aux situations qui supposent un ordre dans la contribution de chacun à l'ensemble. Dans ce cas, le résultat du travail d'une partie devient l'intrant pour le travail de l'autre partie, mais sans qu'il y ait pour autant réciprocité. Cette interdépendance est caractéristique des problèmes partiellement répétitifs. Une coordination par plan via l'établissement de patrons d'actions serait alors requise. Le troisième type, enfin, est l'interdépendance réciproque (*reciprocal interdependence*). Cette interdépendance se retrouve dans les situations où le résultat produit par chaque partie pose des contingences à toutes les autres. La réciprocité est alors omniprésente puisque le résultat de chacun devient l'intrant pour tous les autres. Dans ce

cas, les problèmes traités sont variables et imprévisibles, et la coordination appropriée s'effectue par ajustement mutuel. Ceci signifie que les ajustements reposent sur une transmission continue d'informations en cours d'action.

Selon Thompson (1967), ces trois types d'interdépendance seraient cumulatifs, c'est-à-dire qu'une organisation manifestant une interdépendance de type réciproque manifesterait également les deux autres types d'interdépendance. En outre, chaque « niveau » d'interdépendance entraînerait un coût croissant en termes d'activités de communication et de prise de décision. Ceci a une résonance particulière en santé actuellement. En effet, les organisations de santé ont à faire face à des situations illustrant les trois types d'interdépendance. Or, avec la prévalence grandissante des problèmes de santé chroniques dans la population (World Health Organization, 2011; Daar et al., 2007), les situations d'interdépendance réciproque dans la prestation de services sont appelées à croître. Considérant la différenciation très marquée du système de santé, la question des moyens de conduire à une intégration optimale dans ces conditions demeure par conséquent des plus actuelles.

2.1.2 Qu'est-ce que des services cliniques intégrés?

Bien qu'étant l'objet d'un grand intérêt, force est de reconnaître que les notions d'intégration et de services cliniques intégrés ne signifient pas la même chose pour tous. Dans leur recension récente des écrits sur l'intégration des systèmes de santé, Armitage, Suter, Oelke et Adair (2009) ont trouvé plus de 70 expressions renvoyant à la notion d'intégration et de nombreuses définitions pour chacune d'elles. Cette grande diversité pourrait s'expliquer par l'absence d'un cadre conceptuel faisant consensus auprès des chercheurs. Le foisonnement de travaux de synthèse des dernières années y fait écho et nous semble s'inscrire dans une volonté de clarification au plan conceptuel. Nous présentons un certain nombre de ces travaux qui nous apparaissent particulièrement utiles afin de baliser notre objet de recherche.

Un document publié récemment par l’OMS permet un premier niveau de clarification en dégagant six principaux usages de la notion d’intégration (World Health Organization, 2008). À noter que ceux-ci ne sont pas mutuellement exclusifs, mais se recoupent à des degrés divers. Dans le premier usage, le terme « intégré » renvoie à l’éventail d’interventions considérées appropriées pour répondre aux besoins d’un groupe particulier. Typiquement, ces interventions relèvent de secteurs d’activités vus comme distincts, par exemple, le préventif et le curatif, la santé physique et la santé mentale, les soins de santé et la réadaptation. Dans le second usage, l’expression « services de santé intégrés » renvoie au regroupement de prestataires de services en un seul lieu et sous une même administration. Le troisième usage souligne l’aspect longitudinal de la prestation de services dits « intégrés », soit à l’intérieur d’un même épisode de soins, ou même entre différents épisodes de soins. Le quatrième usage renvoie à l’articulation entre différents niveaux de services, ce que certains qualifient d’intégration verticale et qui est courant dans les discussions entourant les réseaux de services. Le cinquième usage pose pour sa part la question de la gouvernance; il cible le niveau où se centralise la prise de décision des différentes parties du système qui sont l’objet d’intégration. Enfin, le sixième usage du terme « intégration » renvoie à la présence de mécanismes institutionnalisés permettant une prestation, une régulation et un financement d’activités en intersectorialité.

La lecture de ces différents usages met en relief deux idées importantes. D’abord, elle montre que l’intégration se conçoit comme un continuum, non comme un phénomène présent ou absent. Par exemple, l’éventail d’interventions considérées appropriées peut être plus ou moins étendu, et le niveau d’agencement entre les systèmes de gestion des organisations responsables de leur dispensation, plus ou moins grand. Cette idée transparait dans les travaux qui cherchent à catégoriser le type d’association entre les acteurs. Différentes typologies ont été proposées à cet égard, dont celle de Leutz (1999) qui distingue trois niveaux d’intégration : la liaison (*linkage*), la coordination et l’intégration complète. Chacun de ces niveaux est considéré convenir à une clientèle particulière, définie selon ses besoins. Au premier niveau d’intégration, celui de la liaison, des références entre

établissements sont faites de façon courante afin de répondre aux besoins émergents de la clientèle. Ce niveau d'intégration serait approprié lorsque la sévérité des problèmes de santé est légère ou modérée, et que la condition est stable. Il suppose que l'ensemble des prestataires possède une bonne connaissance de ce que tous les autres sont en mesure d'offrir. Le second niveau d'intégration, la coordination, implique pour sa part des structures et des processus explicites additionnels, opérant entre des entités organisationnelles distinctes. Le personnel de liaison et le partage d'informations systématique entre établissements en représentent deux exemples. Ce niveau d'intégration serait approprié pour les clientèles dont la sévérité des problèmes de santé est modérée ou grave, et dont la condition est stable. Le troisième niveau, enfin, correspond à une intégration complète, c'est-à-dire que la responsabilité pour l'ensemble des services, des ressources et du financement est assumée par un seul établissement ou un réseau d'établissements via des ententes contractuelles (Nolte & McKee, 2008). Ce niveau d'intégration conviendrait particulièrement aux clientèles dont la condition de santé se caractérise par sa grande sévérité et son instabilité. En somme, cette typologie illustre bien que l'intégration correspond à un continuum; elle pose par ailleurs que ce continuum doit être fonction des besoins de la clientèle desservie et de la nature du travail qui en découle, s'inscrivant en ce sens dans le prolongement des travaux de Thompson (1967).

La seconde idée mise en lumière par les différents usages de la notion d'intégration est que cette dernière peut s'observer à différents niveaux, par exemple, aux niveaux fonctionnel, structurel, professionnel et clinique. Nolte et McKee (2008) proposent de distinguer quatre types d'intégration, un pour chacun de ces niveaux. Cette typologie recoupe d'autres classifications réalisées auparavant (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001; Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993). L'intégration fonctionnelle (ou administrative) correspond à la coordination des activités de support clés d'organisations distinctes, telles que la gestion financière et informationnelle, la planification stratégique et l'amélioration de la qualité. L'intégration structurelle (ou organisationnelle) correspond pour sa part aux arrangements structurels et contractuels

entre des organisations de santé (ex. : fusions, alliances stratégiques, etc.). L'intégration professionnelle renvoie quant à elle aux modes de collaboration s'établissant entre des professionnels de la santé tant à l'intérieur des organisations qu'entre elles. Enfin, l'intégration clinique correspond aux activités organisationnelles permettant de coordonner les soins aux patients à travers les diverses personnes, fonctions, activités et unités opérationnelles. Bien que l'intégration clinique ne représente que l'un des niveaux où se réalise l'intégration, on reconnaît généralement qu'il s'agit du niveau le plus important. Comme l'ont mentionné récemment Shortell et McCurdy (2010) :

« While a certain amount of functional integration may be needed to provide a platform for clinical process integration to occur, it is the latter that is most important for achieving greater value. The failure of most IDS's [Integrated Delivery System] to provide greater value over the past 15 years has been due to their over-emphasis on achieving functional and economic integration to the neglect of the clinical integration process. The greatest benefit but also the greatest challenges to IDS will come from the redesign of the work processes (i.e. clinical integration) » (Shortell & McCurdy, 2010, p. 371).

Cette citation met en lumière le caractère processuel de l'intégration et sa finalité clairement située au niveau du patient. En effet, ce processus vise à faire en sorte que les personnes malades reçoivent les soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin et d'une façon conviviale, de sorte d'atteindre les résultats souhaités en optimisant l'utilisation des ressources (World Health Organization, 2008). En outre, l'état des connaissances actuelles ne soutient pas l'idée que l'intégration clinique doive être forcément précédée d'une intégration fonctionnelle, structurelle et professionnelle (Brousselle, Lamothe, Mercier, & Perreault, 2007). Il semblerait plutôt qu'il existe une variabilité de modalités d'organisation et de gestion pouvant permettre de tendre vers une intégration clinique, et que cette variabilité soit fonction de la nature du problème de santé ainsi que du contexte (Curry & Ham, 2010; Kodner, 2009).

2.1.3 Le cas des services intégrés en santé mentale et en dépendance

Le cas des personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance offre une bonne illustration de conditions favorisant le développement de services intégrés, ainsi que de la variabilité de la forme sous laquelle cette intégration peut se présenter. Dans un souci de clarté, il importe tout d'abord de clarifier la terminologie utilisée. Santé Canada (2002) définit les troubles concomitants de la façon suivante :

« En général, les individus ayant des "troubles concomitants" représentent les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et des problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues psychoactives. Sur le plan technique, on fait référence ici à toute combinaison de troubles mentaux et de troubles liés aux substances, comme le définit, par exemple, le système de classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (p. 8).

Cette référence au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) comme outil de référence diagnostique des troubles concomitants est largement répandue. Ceci a deux conséquences principales. La première est liée au fait qu'il existe une grande diversité de combinaisons de troubles mentaux et de troubles liés aux substances. Par conséquent, le diagnostic de trouble concomitant regroupe une grande variabilité de profils cliniques. La seconde conséquence est que ce qui est considéré ou non un trouble concomitant est appelé à changer au fil du temps, parallèlement à l'évolution du système de classification lui-même. Par exemple, le comité d'experts responsable de revoir la catégorisation des troubles reliées aux substances dans la nouvelle version du DSM, à paraître en 2013, étudie la possibilité d'inclure tant les dépendances liées aux substances que celles n'y étant pas liées (American Psychiatric Association / DSM-5 Development, 2012). Ceci permettrait d'inclure, par exemple, la dépendance aux jeux de hasard et la dépendance à internet. Si cette option était retenue, la catégorie diagnostique serait alors renommée « troubles liés à la dépendance » (*addiction and related disorders*). Cette proposition reflète la reconnaissance croissante des similarités entre les troubles de dépendance reliés ou non à une substance, tant au plan clinique qu'au plan des pratiques

(Cloutier, Lesage, Landry, Kairouz, & Ménard, 2012; Potenza, 2006). Cette nouvelle dénomination est d'ailleurs retenue par un nombre croissant de centres dédiés au traitement de ces troubles¹. Dans cette perspective, il nous a semblé également approprié d'avoir recours à cette appellation élargie des troubles concomitants afin de désigner toutes combinaisons de troubles mentaux et de troubles de dépendance, que la dépendance soit liée ou non aux substances.

Le questionnement actuel sur ce que regroupe ou non la catégorie « troubles concomitants » ne doit cependant pas occulter le fait que la reconnaissance de l'existence même du trouble et de ses impacts délétères est d'apparition relativement récente. En effet, deux études populationnelles américaines réalisées dans le courant des années 90 ont été parmi les premières à révéler l'important chevauchement qui prévalait entre les deux et la prévalence élevée du trouble concomitant dans la population (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990). Dans l'étude de Regier, et al. (1990), par exemple, les adultes avec une histoire d'abus de substances présentaient un risque 4,5 fois plus élevé de présenter un trouble mental comparativement aux adultes sans histoire d'abus de substances, et plus de la moitié d'entre eux (53,1%) avait une histoire de trouble mental. D'autres études ont suivi, dont certaines réalisées dans le contexte canadien. Par exemple, l'enquête de Rush et al. (2008b) a montré que 1,7% des adultes canadiens, soit 435 000 personnes, souffraient d'un trouble de santé mentale et d'un trouble relié à la consommation de substances (Rush, et al., 2008b). Aussi, parmi la population ayant recours aux services spécialisés en santé mentale ou en dépendance, il a été démontré que la cooccurrence des deux troubles tendait à être la règle plutôt que l'exception, particulièrement pour les services spécialisés en dépendance (Rush, Fogg, Nadeau, & Furlong, 2008a). En plus d'être particulièrement prévalents, ces troubles entraîneraient des impacts négatifs considérables. Comme le rapportent Donald,

¹ Il en existe plusieurs exemples dans le contexte canadien. À titre d'exemple, soulignons le *Center for Addiction and Mental Health* en Ontario, le *Addictions Foundation of Manitoba* au Manitoba et le *BC Mental Health & Addiction Services* en Colombie Britannique. Il existe également des exemples au Québec, notamment le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et même l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Dower et Kavanagh (2005), les personnes affectées se caractériseraient par de moins bons niveaux de symptômes psychiatriques, d'observance au traitement et de pronostic, un risque accru de comportements autodestructeurs et suicidaires, de moins bonnes habitudes de vie reliées à la santé physique, et un risque accru d'avoir des démêlés judiciaires (Donald, et al., 2005, p. 1371). Cette prise de conscience des problèmes vécus par les personnes aux prises avec un trouble concomitant a contribué à alimenter l'idée qu'il était possible de faire mieux. Ceci s'est manifesté par la recherche d'une meilleure intégration des services.

Le contexte de développement des services en santé mentale et en dépendance doit être pris en compte afin de bien comprendre comment le besoin d'intégration de ces services s'est manifesté précisément. Au Québec comme dans plusieurs pays industrialisés, ces deux secteurs se sont développés de façon indépendante l'un de l'autre, tant au plan structurel que fonctionnel (Mercier & Beaucage, 1997; Minkoff & Cline, 2006; Santé Canada, 2002). Ce contexte a fait en sorte de créer une organisation de services hautement différenciée pour les personnes aux prises avec un trouble concomitant. Dans un rapport produit en 1999, un groupe d'experts québécois en arrivait d'ailleurs à la conclusion qu'à Montréal, *« le réseau est fort peu sensibilisé et intéressé par cette clientèle. De plus, lorsque la clientèle n'est pas simplement exclue, à cause du double diagnostic, les services offerts ne sont pas intégrés »* (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, p. 8). Ce constat sévère faisait écho aux lacunes identifiées deux ans plus tôt à l'échelle du Québec, notamment :

« il y a encore beaucoup de résistance des milieux d'intervention (psychiatriques et de réadaptation) à intégrer ou à garder ces clients dans leurs programmes, tout simplement parce que les intervenants sont dépassés par les problèmes que ces clients présentent et qu'ils ne se sentent pas compétents pour les traiter. On assiste alors à des joutes de "ping-pong" entre les ressources, chacune considérant que le client doit être traité ailleurs, et en bout de piste, bien entendu, c'est ce dernier qui se retrouve "entre deux chaises" et qui ne bénéficie pas des services que sa double problématique requiert » (Mercier & Beaucage, 1997, p. 5).

Parallèlement à la reconnaissance des nombreux défis posés par la prise en charge des personnes aux prises avec un trouble concomitant, les connaissances scientifiques au sujet des meilleurs traitements disponibles s'accumulaient et des synthèses de connaissances étaient publiées. Ces synthèses suggéraient que les traitements avaient plus de succès lorsque les deux problèmes étaient traités de manière intégrée, c'est-à-dire en tenant compte de leurs influences mutuelles (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, & Bond, 1998; RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999; Siegfried, 1998). Ces « traitements intégrés » s'opposaient alors à des traitements dispensés en parallèle ou de façon séquentielle. Par traitement parallèle, on faisait référence au traitement du trouble de santé mentale et du trouble d'abus de substances réalisé de façon concomitante, mais isolée l'un de l'autre, le plus souvent, avec une approche clinique différente. Le traitement séquentiel correspondait pour sa part au traitement de l'un des troubles, suivi du traitement du second trouble, sans qu'il y ait nécessairement une harmonisation des deux.

Les connaissances ont continué de progresser depuis, ce qui explique qu'on dispose à l'heure actuelle de travaux de synthèse récents sur les meilleurs traitements disponibles pour les troubles concomitants (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008; Donald, et al., 2005; Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008). À ce jour, l'approche qui apparaît la mieux soutenue par les connaissances scientifiques est le Modèle de services intégrés (*integrated dual diagnosis treatment*). Ses preuves d'efficacité seraient suffisantes aux yeux de plusieurs pour la considérer parmi les meilleures pratiques pour le traitement des troubles concomitants, du moins pour les personnes aux prises avec les troubles les plus graves comme la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (Center for Substance Abuse Treatment, 2006; Drake, et al., 2004; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Santé Canada, 2002).

Les bienfaits associés au Modèle de services intégrés s'orienteraient moins vers la réduction de la symptomatologie psychiatrique ou de la consommation d'alcool ou de substances que vers un meilleur engagement des patients au traitement et leur plus grande rétention au traitement dans le temps (Donald, Dower, & Kavanagh, 2005). Selon Drake,

Mueser, Brunette et McHugo (2004), ces mesures de résultats sont très importantes à considérer étant donné qu'elles sont des conditions préalables pour espérer favoriser la rémission des patients et réduire leur risque de rechute. Il s'agit selon eux d'un argument plaidant en faveur du Modèle de services intégrés, en dépit des incertitudes persistantes concernant son efficacité pour améliorer l'état de santé des patients (Chow, Wieman, Cichocki et al., 2012; Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008; Donald, et al., 2005).

Le Modèle de services intégrés se compose de plusieurs composantes clés. Parmi elles, on retrouve le traitement par étapes selon le niveau de disposition au changement de chaque patient, le traitement intégré de groupe, des séances de counseling concernant la consommation de substances, le suivi systématique des patients ainsi que de leur famille et des services étendus et sans limites de temps (Mueser, et al., 2003). Cette approche prévoit en outre que l'ensemble des services sont dispensés dans un même lieu, par une même équipe multidisciplinaire et au sein d'un même programme. Elle correspond en ce sens au troisième niveau d'intégration décrit par Leutz (1999), soit l'intégration complète.

D'autres modèles organisationnels visant à intégrer les services de santé mentale et de dépendance ont aussi été développés dans les dernières années, notamment par Minkoff et collaborateurs (Minkoff, 2007; Minkoff & Cline, 2004). Plutôt que de reposer sur le travail d'une seule équipe regroupée en un seul site, leur modèle fait le pari que l'intégration peut être réalisée par différents prestataires travaillant en collaboration, mais en n'étant pas nécessairement regroupés sur un seul site (Rush, et al., 2008a). Ce modèle mise sur le développement des capacités des équipes existantes (équipes de santé mentale et équipes de dépendance) à faire face au trouble concomitant dans son ensemble. Il suppose en outre que des mécanismes soient établis entre les différentes équipes susceptibles d'être impliquées auprès d'un même patient. Ultiment, l'objectif visé est que chaque patient reçoive les services dont il a besoin et d'une manière ressentie comme étant intégrée par chacun, quelle que soit la façon dont ces services sont organisés. Comme le mentionne l'auteur :

« Rather, the measurement of integration would be the extent to which the program has fully organized its structure to provide interwoven components of matched mental health and substance interventions– seamlessly, so every client or family who needs those interventions gets what they need in a manner that they perceive as integrated and person-centered, that is legitimately experienced as “one team, one plan, for one person,” regardless of where the team members are located, or who they report to, and so on » (Minkoff, 2007, p. 155).

Ce modèle a la particularité de considérer qu’il existe différents niveaux de sévérité du trouble concomitant et que les services doivent impérativement s’ajuster aux besoins. En conséquence, ils distinguent trois niveaux de services catégorisés selon leur capacité à faire face au trouble concomitant : 1) les services uniquement centrés sur la dépendance ou les problèmes de santé mentale, pour les patients dont le trouble concomitant est léger ou absent, 2) les programmes présentant une capacité à faire face aux troubles concomitants (*dual diagnostic capable programs*), pour les patients présentant un trouble peu sévère ou stable, et 3) les programmes avec une capacité renforcée face aux troubles concomitants (*dual diagnosis enhanced programs*), pour les patients dont le trouble est plus sévère ou instable. Ce dernier niveau, en ciblant ceux dont la condition est la plus grave et en prévoyant en conséquence des mécanismes d’intégration plus importants, représente en quelque sorte une catégorie générique incluant le Modèle de services intégrés. Mais en prévoyant d’autres niveaux d’intensité possibles et souhaitables de l’intégration des services, ce cadre proposé par Minkoff et collaborateurs représente une illustration de l’intégration vue comme un continuum qui est fonction des besoins de la clientèle desservie et de la nature du travail qui en découle.

2.2 Mise en œuvre de services cliniques intégrés

2.2.1 Le concept de mise en œuvre

Le Grand dictionnaire terminologique définit le concept de mise en œuvre comme une « *phase du cycle de vie au cours de laquelle on emploie un certain nombre d’éléments,*

qui permettent de passer du concept de produit à sa concrétisation » (Office de la langue française, 2003). Cette définition articule trois éléments. Le premier renvoie à une dimension d'action : mettre en œuvre signifie faire quelque chose. Le second renvoie à une dimension temporelle : cette action est située dans le temps. Le troisième, enfin, renvoie au contenu de ce qui est mis en œuvre, soit l'actualisation d'une idée, sa transformation en quelque chose de concret. En intégrant ces trois éléments, le concept de mise en œuvre déborde celui d'implantation avec lequel il est souvent confondu. Par implantation, on désigne généralement l'action de mettre en place ou d'installer quelque chose (Office de la langue française, 2003). Cette définition n'intègre pas explicitement l'idée de transformation inhérente au concept de mise en œuvre. Bien que plusieurs écrits utilisent les deux termes de façon interchangeable, nous retiendrons préférablement celui de mise en œuvre. Le terme implantation sera néanmoins utilisé pour rapporter les idées d'un auteur s'y étant spécifiquement référé. Par ailleurs, comme il n'existe pas d'équivalent en langue anglaise à l'expression « mise en œuvre », les écrits consultés dans cette langue ont pour la plupart utilisé le mot « *implementation* », traduction du terme français « implantation ». Pour rapporter ces écrits, nous aurons ainsi recours au terme français se rapprochant le plus du sens du texte original.

2.2.2 Pourquoi s'intéresser à la mise en œuvre de services cliniques intégrés?

La mise en œuvre de services intégrés en santé est reconnue généralement comme une entreprise longue, difficile et exigeante (Contandriopoulos, et al., 2001). À ce sujet, Kodner (2009) mentionne : « *Integrated care is not only a difficult concept to understand, but also one that in the final analysis is enormously challenging to implement and manage* » (p. 13). Pourquoi est-ce si difficile? Selon Leutz (2005), l'une des principales réponses à cette question réside dans les différences existant entre les façons de faire des secteurs qu'on tente d'intégrer. Autrement dit, « *The people involved simply see and do things differently, and they are supported by different kinds of funding and benefit*

systems » (Leutz, 2005, p. 4). Selon Contandriopoulos, et al. (2001), cette nécessité de changer les pratiques entre les acteurs et de transformer les relations entre les organisations fait en sorte que pour réaliser une intégration, des transformations doivent s'opérer à tous les niveaux, par exemple, aux niveaux fonctionnel, organisationnel, professionnel et clinique, ce qui pourrait expliquer l'importance des défis rencontrés.

À l'échelle des organisations de santé, Lloyd et Wait (2005) identifient quatre défis particuliers à la mise en œuvre de services intégrés, notamment lorsque les activités à intégrer se rattachent à des secteurs distincts. Le premier défi consiste à trouver des façons de décloisonner les bureaucraties propres à chaque secteur de sorte que des procédures de planification, de financement et d'organisation mieux adaptées à la nouvelle réalité soient adoptées tant au niveau local que national. Le second défi se rapporte à la coopération et à la coordination entre prestataires de soins de différentes organisations. Les défis à cet égard peuvent se manifester lorsque des professionnels provenant de secteurs différents ou formés dans une discipline différente, sont appelés à collaborer étroitement pour la première fois. Dans les deux cas, le défi consiste à surmonter les différences et à développer des relations de coopération, de respect et de compréhension mutuelle. Le troisième défi consiste pour sa part à développer les capacités organisationnelles pour engager et soutenir les changements majeurs liés à la mise en œuvre de services intégrés. En particulier, la nouvelle organisation de services devrait pouvoir compter sur un financement et du personnel stable afin d'assurer sa viabilité à moyen et à long terme. Le quatrième défi, finalement, consiste à prévenir les effets indésirables à la mise en œuvre de services intégrés. La sélection abusive des patients en constitue un bon exemple puisqu'elle peut avoir pour conséquence d'exclure ceux dont les besoins sont les plus importants, mais aussi les plus coûteux.

Ces quatre défis révèlent l'ampleur des efforts requis pour que s'actualise véritablement cette idée d'intégration. Ces efforts pourront varier selon que l'intégration vise une population dans son ensemble (niveau macro), un groupe de personnes présentant une condition de santé similaire (niveau méso) ou des utilisateurs de services de santé sur une base individuelle (niveau micro) (Curry & Ham, 2010). Considérant l'accent de la

thèse, nous nous attarderons dans la prochaine section à la mise en œuvre au niveau méso, en particulier pour les personnes aux prises avec un trouble concomitant.

2.2.3 La mise en œuvre de services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance

Les écrits sur la mise en œuvre de services cliniques intégrés en santé mentale et dépendance sont relativement récents et demeurent par conséquent peu nombreux. Par exemple, une recension récente des écrits sur les facteurs du niveau organisationnel associés à l'intégration a permis de répertorier seulement 12 articles publiés entre 2001 et 2011 (Torrey, Tepper, & Greenwold, 2011). Ces études tentent de répondre aux cris d'alarme de plusieurs concernant l'écart persistant entre les connaissances sur les meilleurs traitements disponibles et ce qui est fait dans la pratique courante. (Drake & Bond, 2010; Gold, Glynn, & Mueser, 2006; Hogan, 2011). En s'appuyant sur des données d'enquêtes américaines, Drake et Bond (2010) rapportent, par exemple, que seulement 10% des personnes avec un trouble concomitant recevraient des services en lien avec les deux facettes de leur problème et qu'aussi peu que 4% bénéficieraient de services intégrés.

Bien que les écrits répertoriés dans leur recension aient été peu nombreux, le travail de synthèse réalisé par Torrey, et al. (2011) a permis d'établir un certain nombre de constats. D'abord, les auteurs ont observé une convergence à travers les études entre les facteurs clés ayant été trouvés associés à une implantation réussie. Ces facteurs sont la présence de leaders engagés, une gestion proactive du roulement de personnel, le cas échéant, et un soutien institutionnel, tant au plan financier, technique que politique. Ensuite, les auteurs ont relevé une observation commune aux différentes études à l'effet que le processus d'implantation requiert des efforts considérables et s'échelonne sur une longue période. Ceci s'expliquerait selon eux par la complexité du projet d'intégration en lui-même et par la complexité de sa mise en œuvre qui requiert un changement de culture et le développement de nouvelles compétences (Torrey, et al., 2011). Ce commentaire amène à

s'interroger sur la façon actuelle d'étudier la mise en œuvre de services intégrés en santé mentale et dépendance et sa pertinence pour rendre compte de cette complexité.

Un nombre croissant de ces études mentionnent explicitement leur contribution au domaine émergent de la « science de l'implantation » (*implementation science*) (Gotham, Claus, Selig, & Homer, 2010; McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard, & Mangrum, 2010; Torrey, Bond, McHugo, & Swain, 2012; Torrey, et al., 2011). Eccles et Mittman (2006) définissent la science de l'implantation comme "*the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings and other evidence-based practices into routine practice, and, hence, to improve the quality and effectiveness of health services and care*". Selon Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman et Wallace (2005), cette approche de l'implantation suppose qu'une distinction nette soit faite entre les composantes de *l'intervention* qu'on tente d'implanter et les composantes du *modèle d'implantation* prévu pour réaliser concrètement l'implantation. Elle suppose également de distinguer les résultats de l'intervention des résultats de l'implantation. Une fois ces distinctions clairement établies,

« research needs to be conducted to determine the effectiveness of implementation strategies and procedures as they are actually used in practice. Just as in intervention research, implementation research also will need to carefully define and measure the independent variables that are connected to the dependent variables associated with changes in practitioner, program, and systems behavior » (Fixsen, et al., 2005, p. 75)

Bien que cette approche de l'implantation n'apparaisse pas contestée dans le domaine spécifique des services intégrés pour les troubles concomitants, elle fait néanmoins l'objet de critiques dans d'autres domaines, en particulier les domaines reliés aux sciences sociales. Ces critiques sont à l'effet qu'une telle approche tend à négliger le caractère social des systèmes étudiés et le fait que ces systèmes se caractérisent par des dynamiques internes difficilement modélisables (Robert, Greenhalgh, MacFarlane, & Peacock, 2009; Higgs & Rowland, 2005). Comme le mentionne Hackman (2012), « *Groups are not mere assemblies of multiple cause-effect relationships; instead, they*

exhibit emergent and dynamic properties that are not well captured by standard causal models » (p. 433). Dans la même veine, une recension des écrits réalisée récemment dans le domaine des innovations technologiques en santé a montré que les processus d'adoption, de mise en œuvre et d'assimilation des innovations comprenaient des éléments à la fois sociaux et organisationnels, et que les résultats étaient largement déterminés par la dynamique entre eux (Robert, et al., 2009). Cette préoccupation au regard des aspects dynamiques du phénomène se retrouve même chez les promoteurs avérés des sciences de l'implantation. On y déplore, en effet, le manque de connaissances actuelles sur les facteurs organisationnels et environnementaux du processus d'implantation et sur l'influence combinée qu'ils exercent globalement au fil du temps (Fixsen, et al., 2005).

Ces critiques représentent une invitation à examiner de façon novatrice la question de l'implantation des services intégrés en santé mentale et dépendance, plus particulièrement, le processus de mise en œuvre. En conclusion à leur recension des écrits, Rush, et al. (2008a) mentionnent que le processus de changement sous-jacent à la mise en œuvre de services intégrés apparaît étroitement lié au contexte, non-linéaire et difficilement contrôlable de façon centrale. Les auteurs mentionnent qu'en conséquence, les pistes à explorer pour renouveler la production de connaissances dans le domaine doivent être non conventionnelles afin de parvenir, notamment, à une compréhension des dynamiques d'intégration qui prend réellement en compte les aspects contextuels.

« Systems evaluation also requires a thorough and perhaps non-conventional exploration of relationships, perspectives and boundaries (Williams & Iman, 2007). By unconventional, we mean that systems evaluation typically draws on mixed evaluation methods that go beyond linear logic modeling and causal-based statistical methods. Contextual factors are also critical in interpreting any data on the processes and outcomes of integration » (Rush, et al., 2008a, p. 84).

Ceci représente une ouverture sur des objets de recherche qui débordent strictement de l'étude des facteurs d'implantation en permettant de rendre compte des dynamiques reliées au processus de mise en œuvre. Parmi ces objets qui ont le potentiel d'ouvrir sur une

compréhension renouvelée et porteuse du phénomène, deux ont retenu notre attention : la transformation des pratiques professionnelles et l'identité organisationnelle. Chacun est décrit dans les sections qui suivent.

2.2.4 La transformation des pratiques professionnelles

La question de la transformation des pratiques professionnelles est au cœur de tout projet de mise en œuvre de services cliniques intégrés. En effet, pour que l'intégration des services s'opère véritablement, il importe que les professionnels impliqués dans la dispensation des services visés ajustent leur façon habituelle de travailler et trouvent avantage à mieux coordonner leurs pratiques (Contandriopoulos, et al., 2001). Cette nécessaire transformation des pratiques professionnelles est d'ailleurs reconnue comme l'une des difficultés principales à la mise en œuvre de changements dans les organisations de santé (Shortell & McCurdy, 2010). Cette section fait un bref survol des influences considérées déterminantes à cet égard.

Ces influences sont mieux comprises lorsque les pratiques professionnelles sont considérées dans le contexte organisationnel où elles s'inscrivent, soit les organisations de santé. Une caractéristique importante de ces organisations est que le travail y est complexe et conséquemment, sous le contrôle des professionnels. Les travaux fondateurs de Mintzberg (1979) ont permis de caractériser ces organisations professionnelles. D'abord, la partie maîtresse se trouve dans le centre opérationnel où, pour produire des biens et des services, les professionnels vont s'appuyer principalement sur leurs qualifications et leur savoir spécialisé. D'autres mécanismes de coordination sont également nécessaires; ils varient selon les besoins cliniques et les préférences des professionnels (Glouberman & Mintzberg, 2001b; Lamothe, 1996).

Aussi, pour réaliser leur travail, les professionnels disposent généralement d'une autonomie importante; ils sont ainsi en mesure d'exercer une influence importante sur les décisions administratives qui les concernent. Différents travaux empiriques ont montré

précisément qu'ils constituent des acteurs incontournables dans la conduite régulière des activités et la mise en œuvre de transformations majeures (Buchanan, Addicott, Fitzgerald, Ferlie, & Baeza, 2007; Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; McNulty & Ferlie, 2004). La décentralisation importante qui caractérise les organisations professionnelles accentue ce phénomène. Ceci s'explique notamment par l'hétérogénéité du centre opérationnel de ces organisations, lequel se compose typiquement d'une variété d'unités de production, en cohérence avec la variété des besoins de la clientèle (Lamothe & Dufour, 2007). C'est cette hétérogénéité des unités de production qui permet aux professionnels de répondre aux impératifs de soins requis par la condition clinique de différentes catégories de patients.

Bien que le travail des professionnels repose sur des bases solides de connaissances, il n'en demeure pas moins fortement influencé par la formation et la filiation des professionnels. À cet égard, les travaux de Morgan et Ogbonna (2008) ont montré que le travail professionnel est certes ancré dans des valeurs communes, mais également dans des valeurs spécifiques à chaque profession. Ceci alimente la tension permanente entre la vision spécialisée de chacun et la collaboration nécessaire à la production des services (Lamothe, 2006). Cette tension constituerait une dimension importante de la prise de décision dans les organisations professionnelles, en santé par exemple, où des professionnels qui diffèrent sur le plan de leur expertise et de leurs valeurs sont néanmoins amenés à travailler ensemble afin de résoudre des problèmes dans l'intérêt primordial de leurs patients (Anderson & McDaniel, 2000).

Sur cette question, les travaux classiques d'Eliot Freidson (1970) ont souligné le contrôle important exercé par la profession médicale sur les autres professions, l'instituant de fait comme une profession dominante. Pour Abbott (1988), cependant, la subordination ne constituerait qu'un type d'arrangement parmi d'autres. Cette conclusion repose sur la prémisse que les professions aspirent à se développer et que pour y parvenir, elles vont tenter d'accroître leur contrôle sur des sphères du travail. Les professions sont vues conséquemment comme interreliées et en concurrence les unes avec les autres. Ces jeux de

concurrence sont susceptibles d'avoir des répercussions concrètes sur l'issue des projets d'implantation qui sont mis en oeuvre. Par exemple, Ferlie, et al. (2005) ont montré que la difficulté à implanter des innovations soutenues par des évidences scientifiques robustes pouvait s'expliquer par l'existence de frontières importantes au niveau local entre les différents groupes professionnels. En s'appuyant sur une vaste base empirique, ces auteurs ont en effet trouvé qu'il existait des frontières au plan social et cognitif entre les groupes et que ces frontières entravaient considérablement les échanges et l'apprentissage au niveau interprofessionnel, retardant conséquemment la diffusion et l'implantation des innovations.

En somme, le contexte organisationnel dans lequel s'inscrivent les pratiques professionnelles ressort comme un élément clé à considérer pour mieux comprendre comment ces pratiques peuvent se transformer afin de mettre en œuvre des services cliniques intégrés. Dans ce contexte, il est acquis que la diffusion d'informations et la formation sont insuffisantes pour assurer une transformation des pratiques (Fixsen, et al., 2005). Certains aspects du contexte social sont cependant reconnus avoir une influence déterminante. L'engagement des professionnels à modifier leurs pratiques est l'un d'eux. En s'appuyant sur les travaux de Strauss et al. (1964 et 1965), Lamothe (1996) soutient que cet engagement entraîne les professionnels dans un processus de déconstruction des divers ordres négociés qui assurent l'efficacité de leurs pratiques pour en reconstruire de nouveaux. Ce processus est lié cependant à la confiance qui prévaut entre les différents professionnels appelés à coopérer. Plusieurs travaux montrent que ces nouvelles relations de confiance deviennent un ingrédient fondamental de la coopération et de la coordination entre les professionnels et entre les organisations (Ferrin, Bligh, & Kohles, 2008; Poppo, Zhou, & Ryu, 2008; Ring & Ven, 1994). En scellant les ententes sur les règles, elles éviteraient de constamment reprendre les négociations et permettraient un partage des responsabilités, même lorsque le degré d'incertitude est important (Lamothe, 1996).

Le développement de consensus cliniques constitue un autre aspect crucial pour favoriser la transformation des pratiques professionnelles et l'intégration des services. Ces consensus correspondent typiquement à des ententes négociées entre les professionnels sur

un modèle ou un plan de traitement. Parce que les consensus cliniques permettent la standardisation des normes, ils sont généralement considérés comme le moyen de coordination le plus efficace pour les professionnels (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Standardiser les normes signifie créer un même système de croyances, une culture commune, où le contrôle externe est remplacé par l'internalisation des attitudes. Lorsqu'une telle standardisation est atteinte, les professionnels ont plus facilement recours à l'ajustement mutuel; l'inattendu peut alors être géré de manière adaptative dans la collaboration (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

Enfin, la présence de professionnels exerçant un leadership clinique affirmé est également reconnue comme une condition favorable aux changements de pratiques professionnelles (Arweiler, Noyeau, Charlin, Millette, & Hodges, 2010; Ham, 2003; Oates, 2012). Ces individus qualifiés de « champions » seraient notamment en mesure d'assurer la légitimité et la crédibilité du projet, de sorte à susciter la collaboration des différentes personnes concernées (Touati et al., 2006; Fortin, Lamothe, & Lapointe, 2002). Selon Hendy et Barlow (2012), l'influence du leader serait particulièrement importante dans les premières phases du processus, lorsqu'il s'agit de motiver les pairs et d'expérimenter de nouvelles pratiques. Cette influence serait cependant plus nuancée dans les phases ultérieures, lorsqu'il s'agit de susciter le même mouvement, mais avec des groupes d'acteurs plus éloignés avec qui le leader ne partage pas nécessairement la même culture professionnelle. Ces résultats mettent ainsi en garde contre une stratégie de changement qui reposerait principalement sur l'influence de quelques individus reconnus pour leur leadership. Ils rappellent qu'ultimement, la réalisation du changement désiré dépend de la capacité à générer une « masse critique d'enthousiastes » (Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992) au sein de l'organisation. Cette dimension collective du changement est au premier plan de la question d'identité organisationnelle vers laquelle nous nous tournons à présent.

2.2.5 L'identité organisationnelle

Dans le champ des études organisationnelles, on dénote un intérêt croissant pour l'identité organisationnelle. Ce champ de recherche est éclairé actuellement par différentes perspectives théoriques, notamment la perspective essentialiste et celle de la construction sociale. La perspective « essentialiste » s'inscrit dans la lignée des travaux fondateurs de Albert et Whetten (1985). Dans ce courant, l'identité est comprise comme une caractéristique de l'organisation englobant des attributs considérés centraux, durables et distinctifs. Cette perspective considère ainsi l'identité comme une réalité sociale extérieure à la façon dont les individus et les collectifs se la représentent (Corley et al., 2006). Depuis une quinzaine d'années, cependant, un courant de la littérature s'est éloigné de cette vision et aborde plutôt l'identité organisationnelle comme un processus (Corley, et al., 2006). S'inscrivant dans la perspective de la construction sociale, ces travaux conceptualisent l'identité organisationnelle comme un ensemble de constructions temporaires, évolutives et sensibles au contexte (Alvesson, Lee Ashcraft, & Thomas, 2008). L'identité correspond alors à :

« an ongoing social construction that takes place among organizational members; can be Influenced and accessed by individuals, groups, top management teams, or other collectives; and is usually understood to be focused on the organization » (Corley, et al., 2006, p. 90).

Cette perspective remet en cause le caractère durable attribué antérieurement à l'identité organisationnelle. Elle présente en outre l'intérêt d'ouvrir de nouveaux objets de recherche, en particulier, le processus même de construction identitaire. C'est précisément cette vision processuelle de l'identité qui nous apparaît tout indiquée afin d'éclairer le processus de mise en œuvre de services cliniques intégrés au cœur de la thèse.

Empson (2004) identifie quatre rôles principaux à l'identité organisationnelle qui s'appliqueraient tout particulièrement aux organisations professionnelles. D'abord, l'identité organisationnelle constituerait un point de référence pour l'identification des membres, ce qui, en retour, soutiendrait leur engagement envers l'organisation.

Deuxièmement, l'identité favoriserait la cohésion entre les membres et assurerait, en ce sens, leur contrôle. À cet égard, Empson (2004) argue qu'une structure d'autorité diffuse comme celle existant dans les organisations professionnelles, augmente la possibilité que les membres poursuivent leurs intérêts personnels. Or, ces intérêts personnels sont plus susceptibles de coïncider avec ceux de l'organisation lorsqu'ils se heurtent à un sentiment d'identité fort et partagé. Enfin, l'identité organisationnelle fournirait le matériau de base à partir duquel l'image externe se constituerait. À cet égard, l'auteur souligne l'importance capitale de l'image pour rassurer les parties extérieures sur la qualité des services offerts. Ainsi, plus les membres seront convaincus de la valeur et de la légitimité de l'identité organisationnelle, plus l'image qu'ils en communiqueront à l'extérieur sera positive et convaincante.

Plusieurs travaux réalisés dans la perspective de la construction sociale ont cherché à capter comment l'identité organisationnelle se transformait après avoir été déstabilisée, généralement à la suite d'un changement organisationnel majeur. Plusieurs de ces travaux se sont appuyés sur le *Adaptive Instability Model* développé par Gioia, Schultz et Corley (2000). Selon ce modèle, l'identité change lorsque les membres sont confrontés à la façon dont leur organisation est perçue par l'extérieur et dans quelle mesure cette perception est alignée avec la leur (Corley & Gioia, 2004). L'identité organisationnelle y est définie comme une dualité : à la fois des labels et des significations. Cette dualité suggère ainsi deux modes par lesquels un changement peut se produire : un changement de label utilisé pour exprimer l'identité organisationnelle ou un changement dans les significations associées au label.

L'étude de Corley et Gioia (2004) est un bon exemple de travaux s'étant appuyé sur le modèle de Gioia, et al. (2000). L'ambiguïté identitaire constitue un concept clé de cette étude. Elle est définie comme une identité organisationnelle vague, soit parce qu'elle n'est pas soutenue par des revendications au plan identitaire (*claims*), ou bien parce que les revendications existantes sont l'objet de multiples interprétations plausibles (Corley & Gioia, 2004). Les déclencheurs d'ambiguïté identifiés correspondent, d'une part, à des

changements dans les points de référence utilisés pour se comparer aux autres organisations. Ils correspondent, d'autre part, à la perception d'un écart entre la façon dont les membres voient leur organisation et comment ils perçoivent être vus par l'extérieur, ou comment ils aimeraient être dans le futur. Dans la théorie ancrée développée par les auteurs, la présence d'ambiguïté dans la signification des labels et l'impératif de sensegiving qu'elle suscite en retour définissent le contexte de changement au terme duquel les membres retrouvent un sentiment de clarté face à leur identité organisationnelle. Le modèle suggère enfin que ce sont les leaders formels qui répondent à l'impératif de sensegiving en proposant, soit de nouvelles significations pour soutenir les labels existants, soit des labels transformés pour décrire l'organisation (Corley & Gioia, 2004).

La dualité de l'identité organisationnelle révélée par le modèle de Gioia, et al. (2000) a été reprise depuis par Ravasi et Schultz (2006) et conceptualisée comme deux façons distinctes et complémentaires d'appréhender l'identité. Cet argument est prolongé par Gioia, Price, Hamilton et Thomas (2010) pour qui les deux perspectives ne sont ni opposées, ni complémentaires, mais plutôt mutuellement constitutives de la formation identitaire. Ces travaux représentent conséquemment un appui empirique solide justifiant d'approcher l'identité organisationnelle à la fois comme des labels et des significations.

Les travaux récents de Gioia et al. (2010) apportent une contribution additionnelle à la compréhension du phénomène d'identité organisationnelle en s'intéressant, non seulement au processus de changement, mais à son processus de création dans une nouvelle organisation. La théorie ancrée qu'ils développent distingue au total huit processus qu'ils agrègent selon trois dimensions : discursive, cognitive et orientée vers l'action. Ces dimensions sont décrites comme étant nécessaires pour que l'identité se développe. Les dimensions discursive et cognitive regroupent les processus qui se déploient de façon séquentielle, alors que la dimension orientée vers l'action regroupe des processus se déployant de façon récurrente et périphérique aux processus séquentiels. En articulant ces trois dimensions au sein d'un même modèle, les auteurs dépassent ainsi la tendance habituelle à négliger la dimension orientée vers l'action de l'identité et à l'approcher

comme un phénomène essentiellement cognitif et/ou discursif. En effet, peu d'auteurs ont cherché à ce jour à comprendre comment l'identité organisationnelle se crée, se maintient et se transforme à travers les activités de travail des membres organisationnels. Ceci a pour conséquence que notre compréhension actuelle des dynamiques de l'identité organisationnelle minimise l'influence potentiellement déterminante du travail des opérateurs, particulièrement en contexte professionnel. De plus, dans un contexte organisationnel comme celui de la santé où le travail des professionnels est central, la recherche d'une meilleure compréhension du phénomène d'identité organisationnelle devrait amener à s'intéresser autant à son contenu qu'à son processus, autrement dit, s'intéresser à la façon dont se produit le caractère cohérent, distinctif et persistant d'une organisation (Alvesson & Empson, 2008).

Cette préoccupation trouve un appui dans des travaux récents. Ainsi, l'étude d'Alvesson et Empson (2008) sur la construction identitaire dans quatre firmes de consultation montre que le travail professionnel est une dimension clé pour construire le caractère durable et distinctif de l'identité. En ce sens, capter le processus de construction de l'identité organisationnelle amène impérativement à s'intéresser à "ce qu'on fait comme organisation", en particulier "ce qu'on connaît" et "comment on travaille". L'étude de Nag, Corley et Gioia (2007) sur une expérience de transformation stratégique d'une entreprise de recherche et développement représente précisément un pas dans cette direction. Leurs résultats révèlent l'interrelation qui lie la façon dont les membres utilisent leurs connaissances dans leur travail de tous les jours et la compréhension collective qu'ils se forgent de leur identité organisationnelle. En étant intimement liée aux pratiques de travail, l'identité organisationnelle prend ainsi une couleur résolument orientée vers l'action (Nag, et al., 2007).

2.3 Synthèse

L'état des connaissances présenté dans ce chapitre a d'abord permis de poser les bases de la notion d'intégration des services cliniques puis de celle de mise en œuvre des

services. L'examen de ces notions dans le contexte des services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance a ensuite permis de constater les difficultés actuelles à mettre en œuvre ces services à la hauteur espérée. Il existe sur cette question un consensus entre les auteurs pour souligner la complexité de l'entreprise du fait qu'elle requiert un changement dans les façons de penser et dans les façons de faire. Or, les connaissances actuelles demeurent insuffisantes pour comprendre en profondeur le processus à travers lequel ceci se déroule. On dispose certes de connaissances sur les facteurs clés associés à une implantation réussie, mais ceci ne permet pas d'avoir une compréhension de la dynamique à travers laquelle ces facteurs opèrent en contexte, en particulier, l'interaction entre les éléments sociaux et organisationnels du processus.

Ceci représente une invitation à explorer des angles d'analyse qui débordent de l'étude traditionnelle des facteurs facilitant et des obstacles à l'implantation des services cliniques intégrés. La transformation des pratiques professionnelles et la construction de l'identité organisationnelle représentent des exemples d'angles d'analyse qui ont le potentiel d'ouvrir sur des compréhensions renouvelées et porteuses du processus de mise en œuvre des services cliniques intégrés en santé mentale et en dépendance. Notre état des connaissances a montré que chacun d'eux permet d'ouvrir sur une portion du processus en prenant appui sur des pans de connaissances d'où émergent aussi des questionnements additionnels. Ainsi, les écrits relatifs à la transformation des pratiques professionnelles mettent en relief la grande autonomie dont jouissent les professionnels dans l'exercice de leur travail et, conséquemment, leur capacité à influencer l'application des décisions qui les concernent, en particulier, dans la sphère clinique. Ce qu'on connaît moins, cependant, se rapporte aux dynamiques fines à travers lesquelles les projets de changement sont transformés sous l'influence de professionnels collectivement engagés auprès de patients particuliers. En ce qui concerne l'identité organisationnelle, son rôle crucial dans la vie organisationnelle est reconnu depuis près de 30 ans, mais ce n'est que récemment qu'un courant de la recherche s'est attardé à comprendre comment elle se transforme au fil du temps. La question de comprendre comment l'identité se crée dans une nouvelle

organisation est encore plus récente, encore davantage en contexte professionnel. Ainsi, à ce jour, très peu de travaux se sont intéressés au processus de construction identitaire et à ses spécificités en contexte professionnel, notamment à l'influence exercée par les professionnels à travers leur travail de tous les jours. Or, cette question est susceptible d'approfondir notre compréhension des dynamiques de changement, par exemple, lors de la mise en œuvre de services cliniques intégrés.

Un tel renouvellement des angles d'analyse à partir desquels étudier le phénomène de la mise en œuvre des services cliniques intégrés requiert cependant l'adoption d'ancrages théoriques cohérents. Dans la thèse, nous avons retenu au premier chef l'approche théorique du sensemaking organisationnel (Weick, 1995; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005), soit une théorie du processus de changement organisationnel au sens de Van de Ven et Poole (1995). La présentation de cette approche théorique fera précisément l'objet du prochain chapitre vers lequel nous nous tournons dès maintenant.

Chapitre 3 Éléments d’ancrage théorique

Ce chapitre comporte trois sections. La première donne un aperçu d’ensemble du principal ancrage théorique de la thèse, soit la notion de sensemaking organisationnel, d’abord en présentant ses assises théoriques, puis en survolant des travaux empiriques qui s’y sont appuyés. La seconde section présente un ancrage théorique complémentaire, soit celui relatif à la sociologie des professions. La troisième et dernière section présente pour sa part les éléments particuliers de ces ancrages théoriques que nous mobilisons pour étudier notre objet de recherche. Ceci vient clore la partie 1 de la thèse et ouvre sur la partie 2 consacrée au cadre opératoire.

3.1 Sensemaking organisationnel : aperçu d’ensemble

3.1.1 Assises théoriques

Le sensemaking organisationnel est considéré par plusieurs comme une théorie du processus de changement organisationnel (Van de Ven & Poole, 1995; Weber & Glynn, 2006). Selon Audet (2006), cette approche théorique relève d’un sous-groupe de théories qui considèrent tant le processus que l’issue du changement comme étant largement imprévisibles. Elle apparaît en ce sens des plus pertinentes pour capter les processus dynamiques liés à la mise en œuvre de services cliniques intégrés, notamment ce qui entoure la transformation des pratiques professionnelles et l’identité organisationnelle.

Pour celui qui en a posé les bases vers la fin des années 60, le terme « sensemaking » signifie littéralement « construction du sens » et doit être compris comme tel, non dans un sens métaphorique (Weick, 1995). Le sensemaking se définit ainsi comme un processus social de construction et de reconstruction de significations permettant à des individus en interaction de donner sens au monde et d’agir collectivement (Rouleau & Balogun, 2008; Weick, 1995, 2001; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). Il s’intéresse donc

à l'interaction entre l'action et l'interprétation et son projet de développement de connaissances vise essentiellement à comprendre comment des individus en interaction en viennent à construire un tel sens, pourquoi et avec quels effets (Weick, 1995, p. 4).

Selon Weick, l'essence du processus de sensemaking se trouve résumée dans la phrase suivante : comment puis-je savoir ce que je pense avant de voir ce que je dis² (Weick, 1995, 2001; Weick, et al., 2005)? Cette « recette générique de sensemaking » renferme entre autres l'idée que l'activité réflexive est postérieure à l'action et qu'elle vise à lui donner sens rétrospectivement. Selon les mots de Weick et collaborateurs, en effet,

« sensemaking unfolds as a sequence in which people concerned with identity in the social context of other actors engage ongoing circumstances from which they extract cues and make plausible sense retrospectively, while enacting more or less order into those ongoing circumstances » (Weick, et al., 2005, p. 409).

Ce processus est donc fondamentalement social puisqu'il repose sur le postulat que c'est à travers leurs interactions que les membres de l'organisation interprètent leur environnement et construisent des récits leur permettant de donner sens au monde et d'agir collectivement. Outre sa nature *rétrospective* et *sociale*, cinq autres propriétés caractérisent également le sensemaking. Weick précise qu'il est profondément ancré dans *l'identité de chaque individu* et qu'il se nourrit de *signaux (cues)* que les individus extraient du *flux continu* de paroles, d'actions et d'événements dans lequel ils sont plongés. Weick précise que ce processus poursuit la *plausibilité* du sens, non son exactitude, et que l'environnement dans lequel il se déroule est *énecté*, c'est-à-dire créé par les individus plutôt que donné.

Le sensemaking est un aspect central de la vie organisationnelle puisque c'est là que se matérialise d'abord le sens qui informera et contraindra l'action par la suite (Weick, et al., 2005). Afin d'en capter le caractère proprement organisationnel, Weick propose de

² Dans sa forme originale : *how can I know what I think until I see what I say?*

situer ce processus entre des niveaux d'interaction et de structure sociale (Wiley, 1988). Le niveau de l'interaction est celui de la construction intersubjective de sens, lorsque les individus communiquent pour tenter d'expliquer des événements inattendus rencontrés dans le cours de leur travail. Le niveau de la structure sociale correspond pour sa part à la construction générique de sens. C'est à ce niveau que le sens construit dans l'interaction se stabilise sous des formes organisées d'interaction, par définition transférables d'un membre organisationnel à l'autre, par exemple, les rôles, routines et procédures organisationnelles. Leur caractère relativement durable s'expliquerait par le fait qu'elles sont soutenues par des compréhensions partagées, soit des consensus développés par les acteurs concernant la signification des actions et des situations qu'ils expérimentent (Weick, 1995). Ces consensus demeurent cependant précaires puisqu'ils peuvent être renégociés dans l'interaction. En somme, le processus de sensemaking organisationnel circule à travers ces deux niveaux de construction de sens, ce qui permet à la réalité organisationnelle de prendre forme et de se maintenir.

Selon Weick, c'est ce processus qui permet aux individus en interaction d'établir des priorités et des préférences quant aux actions à entreprendre (Weick, 1995). Il est d'autant plus crucial lorsqu'il est provoqué par des contextes turbulents où le besoin de maintenir une compréhension commune pour soutenir une action collective se fait sentir avec le plus d'acuité (Weick, 1993). Dans ces contextes, la construction intersubjective de sens serait prépondérante, ce qui tendrait à inscrire le processus d'organisation dans une logique d'innovation et à mettre en relief les dynamiques d'émergence.

Quoiqu'inhérent à la vie organisationnelle, le sensemaking est donc stimulé par les contextes d'incertitude et d'ambiguïté, comme lorsque les individus font face à des enjeux, des événements et des actions qui les surprennent ou encore, qui suscitent de la confusion (Weick, 1993). Ceci nous permet d'introduire la notion « *d'occasion de sensemaking* » qui est cruciale puisqu'elle constitue une porte d'entrée vers le processus de sensemaking par définition continu. Selon Weick (1995), l'un des principaux buts du sensemaking est de permettre aux acteurs de préserver un sentiment d'ordre, de clarté et de rationalité (p. 29).

Une occasion de sensemaking survient ainsi lorsque des événements viennent perturber ce sentiment éprouvé par des acteurs en contexte organisationnel. À l'origine se trouve l'expérience d'un « choc », c'est-à-dire quelque chose qui attire l'attention et vient interrompre le flux des choses. Deux types principaux de choc générateur d'occasions de sensemaking sont à distinguer : le « choc de confusion », créé par l'ambiguïté, où les individus sont face à une multitude d'interprétations possibles pour une même situation, et le « choc d'ignorance », en situation d'incertitude, lorsque les individus ne parviennent pas à une interprétation claire d'une situation en raison d'un manque d'informations (Weick, 1995, p. 91).

Lorsque surviennent de tels moments d'incertitude et d'ambiguïté, les individus sont amenés à porter sélectivement attention à certains événements pour en extraire des informations qui agiront à la manière de signaux (*cues*). À eux seuls, ces signaux sont insuffisants pour leur permettre de construire des significations renouvelées et rétablir un sentiment d'ordre, de clarté et de rationalité. C'est plutôt en mettant ces signaux en lien avec des repères issus de leurs expériences de socialisation passées que les acteurs en interaction vont tenter rétrospectivement de construire du sens relativement à la situation équivoque ressentie. Ce faisant, l'information extraite du contexte est utilisée pour donner sens à ce même contexte qui se voit « énéacté », c'est-à-dire façonné par les actions découlant des significations construites. Ce processus est à l'origine de prophéties auto-validantes puisqu'en « énéactant » leur contexte, les acteurs contribuent conséquemment à créer l'objet de leur observation et même, à en oublier le caractère construit (Vidaillet, 2003; Weick, 2001). En somme, identifier les occasions de sensemaking en contexte organisationnel permet de donner accès à ces moments où le processus collectif de construction de sens est le plus actif, ces moments où les individus façonnent littéralement l'organisation en devenir.

Finalement, bien que le processus de sensemaking décrit jusqu'ici soit apparu reposer en grande partie sur la capacité d'agence des individus, il n'en demeure pas moins inscrit à l'intérieur d'un contexte institutionnel et soumis, en conséquence, à des pressions

cognitives, normatives et régulatrices (Scott, 2001). Ce constat oblige à dépasser la vision traditionnelle qui considère le sensemaking comme le « réservoir de l'institutionnalisation » (Weick, 1995), pour aller vers une conception se caractérisant par un rapport d'influence réciproque, ménageant ainsi un espace aux pressions institutionnelles pour qu'elles pénètrent également le sensemaking organisationnel (Weber & Glynn, 2006; Weick, et al., 2005)

3.1.2 Analyse critique des travaux empiriques en lien avec le sensemaking

Le sensemaking est devenu au fil des ans un ancrage théorique mobilisé dans un nombre considérable d'études des organisations. Ces études se distinguent selon leur niveau d'analyse du processus de sensemaking, soit le niveau individuel, du groupe, de l'organisation ou interorganisationnel. Elles ont en commun, néanmoins, de s'intéresser aux situations de la vie organisationnelle où les individus sont amenés à se questionner : qu'est-ce qui se passe ? Puis, qu'est-ce que je devrais faire?

« In the context of everyday life, when people confront something unintelligible and ask “what’s the story here?” their question has the force of bringing an event into existence. When people then ask “now what should I do?” this added question has the force of bringing meaning into existence, meaning that they hope is stable enough for them to act into the future, continue to act, and to have the sense that they remain in touch with the continuing flow of experience » (Weick, et al., 2005, p. 410).

Comme ces travaux empiriques sont nombreux et étendus, les efforts de synthèse comportent nécessairement le risque d'être réducteur. Tout en sachant que nous n'échapperons pas à ce risque, nous faisons néanmoins le pari que notre analyse critique des tendances dans ce champ permette d'en dégager les principaux éléments.

Notre première observation est que les recherches sur le sensemaking organisationnel tendent à s'effectuer à partir de la perspective d'un groupe d'acteurs

particuliers, le plus souvent, ceux qui occupent une position d'autorité dans l'organisation, soit aux échelons supérieurs ou aux échelons intermédiaires (par exemple, Balogun & Johnson, 2005; Chreim & Tafaghod, 2012; Denis et al., 2009; Gioia & Chittipeddi, 1991; Hope, 2010; Rouleau, 2005). Ces recherches font fréquemment usage des notions de sensegiving et de sensemaking pour distinguer l'action de diffuser le sens afin d'exercer une influence dans une direction préférée (sensegiving) et l'action de fabriquer le sens à partir des informations disponibles (sensemaking). Or, cette approche néglige l'interaction entre acteurs occupant des positions différentes dans l'organisation et l'influence potentielle de cette interaction sur la dynamique de sensemaking.

Il existe néanmoins des travaux qui ont porté précisément sur les processus collectifs de sensemaking en considérant un ensemble plus large d'acteurs. Un certain nombre d'entre eux s'est cependant concentré sur des situations extrêmes ou fortement inhabituelles, par exemple, la prise de décision en cas de désastre majeur. Les études classiques de Weick sur une fuite de gaz à Bhopal (Weick, 1988), sur l'accident d'avion de Tenerife (Weick, 1990) et sur le drame des pompiers de Mann Gulch (Weick, 1993) en sont des exemples. Plus récemment, l'étude de Keller et al. (2012) sur la pandémie de H1N1 et celle de Dunbar et Garud (2009) concernant l'écrasement de la navette Columbia en sont d'autres exemples. Or, ce genre de situations se caractérise par une pression importante pour construire le sens rapidement, ce qui ne correspond pas nécessairement à la réalité organisationnelle courante.

Par contre, il existe certains travaux de recherche récents qui ont porté sur les processus collectifs du sensemaking organisationnel, mais cette fois, dans des contextes organisationnels communs, par exemple, au sein de grandes entreprises (Stensaker & Falkenberg, 2007; Stensaker, Falkenberg, & Grønhaug, 2008) ou encore dans des organisations professionnelles (Maitlis, 2005; Maitlis & Lawrence, 2007). Stensaker et Falkenberg (2007), par exemple, se sont intéressés à la relation entre la réponse organisationnelle au changement et les réponses interprétatives d'acteurs se situant à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation. Les résultats obtenus ont montré qu'il y

a interrelation entre la façon dont les acteurs donnent sens au projet et la forme prise par la réponse organisationnelle au changement. Ces résultats prolongent en quelque sorte ceux de Maitlis (2005) dont les travaux de recherche réalisés auprès de trois orchestres symphoniques avaient auparavant permis la classification des processus sociaux de sensemaking organisationnel sous quatre formes (Maitlis, 2005). Dans un cas comme dans l'autre, cependant, on est demeuré peu intéressé aux processus de travail à travers lesquels le sens construit collectivement parvient à se stabiliser, du moins temporairement. Or, c'est à cet égard que résiderait l'essence même du sensemaking organisationnel selon Weick (1995). Dans les organisations professionnelles, par exemple, ces processus sont susceptibles de s'ancrer dans le travail professionnel. Ils représentent ainsi une clé pour parvenir à mieux comprendre ce qui arrive aux intentions initiales de changement une fois qu'elles sont mises en œuvre, par exemple, les projets d'intégration des services cliniques en santé mentale et en dépendance.

3.2 Ancrage théorique complémentaire : les travaux d'Abbott en sociologie des professions

Les travaux d'Andrew Abbott en sociologie des professions offrent des pistes additionnelles pour conceptualiser la question de la mise en œuvre des services intégrés au cœur de la présente thèse. Ce sociologue de formation est l'auteur d'un ouvrage majeur : *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Publié en 1988, il demeure encore aujourd'hui une référence dans le domaine. L'idée centrale qui y est développée est que les professions aspirent à se développer et que, pour y parvenir, elles vont tenter d'accroître leur contrôle sur des sphères du travail. Les professions sont vues conséquemment comme interreliées et en concurrence les unes avec les autres. Pour comprendre ces jeux de concurrence, Abbott propose de s'intéresser à la vie professionnelle, plus particulièrement au lien que chaque profession entretient avec le travail qui est accompli, ce qu'il désigne comme la juridiction.

Abbott développe son argumentation en posant tout d'abord que la relation entre une profession et ses tâches professionnelles repose sur les qualités objectives de la tâche, mais également sur ses qualités subjectives. Ces dernières définissent les trois modes du travail professionnel : 1) l'identification des problèmes (le diagnostic), 2) la génération de solutions appropriées aux problèmes (le traitement) et 3) le raisonnement entre les deux (l'inférence). C'est ce dernier mode, l'inférence, qui correspond à l'acte professionnel. Abbott montre ensuite que pour être légitimes et s'imposer dans un champ d'activités donné, ces modalités d'action doivent reposer sur les sources de légitimité du groupe professionnel qui en revendique la juridiction. Parmi ces sources, on note le savoir abstrait et les habiletés qu'il permet de contrôler. C'est néanmoins sur les lieux de travail que les jeux de concurrence entre les professions vont principalement opérer et que chacune tentera d'augmenter son contrôle sur des sphères du travail. Ces jeux mèneront à des arrangements du travail qui pourront se stabiliser, mais demeureront néanmoins temporaires, puisque conditionnés par les dynamiques interprofessionnelles locales.

3.3 Éléments d'ancrage théorique mobilisés dans la thèse

Cette troisième section propose de mettre en lumière les éléments théoriques qui seront mobilisés de façon particulière afin de répondre aux objectifs du volet empirique de la thèse. Ainsi, après un bref aperçu d'ensemble, nous développerons de façon plus spécifique les ancrages théoriques mobilisés dans les deux premiers articles de la thèse, lesquels correspondent précisément aux deux objectifs du volet empirique de la thèse.

Le point de départ de notre réflexion théorique est le sensemaking organisationnel de Weick. En nous appuyant sur cette approche théorique, on peut ainsi concevoir la mise en œuvre de services intégrés comme un processus de construction de sens. Plus particulièrement, il consiste en un processus de construction et de reconstruction de significations autour de l'idée d'intégration, qui permet à des individus d'orienter la mise en action progressive de leur projet collectif au gré de leurs interactions. Ce processus est ainsi tout à la fois constitutif de l'action collective et constitué par elle.

Comme le précise l'approche théorique du sensemaking, il est attendu que le processus de construction de sens soit suscité par les contextes d'incertitude et d'ambiguïté. Ceci permet de concevoir différents niveaux d'analyse où les efforts de construction de sens sont les plus explicites. Un premier niveau d'analyse, celui des pratiques professionnelles, permet d'ouvrir sur le processus de construction de l'offre de services intégrés. Ceci représente la base du premier article de la thèse. Un second niveau d'analyse, le niveau organisationnel, permet d'ouvrir cette fois sur le processus de construction de l'identité organisationnelle, qui représente la base du second article.

Afin d'étudier le processus de construction de l'offre de services intégrés (article 1), nous avons d'abord mobilisé les notions de signaux (*cues*) et de repères (*frames*), lesquels constituent les éléments de base du sensemaking (Weick, 1995). Nous posons plus particulièrement que pour comprendre comment l'offre de services s'est constituée au fil du temps, il faut s'arrêter aux différents signaux et repères mis en relation par les acteurs au gré des différentes occasions de sensemaking. Ces éléments fondent les compréhensions partagées que les acteurs développent et qui font en sorte que les arrangements du travail peuvent se maintenir, en particulier, les patrons d'action (ex. : routines, rôles, procédures). Ce processus est éminemment social. Or, tous les acteurs ne possèdent pas une capacité égale à influencer ce processus, ce qui amène à considérer la question du pouvoir. La contribution des travaux d'Abbott à cet égard est de poser que c'est en s'appuyant sur ses sources de légitimité qu'un groupe professionnel est susceptible d'influencer ces arrangements du travail dans une direction plutôt qu'une autre (Abbott, 1988). En conséquence, non seulement le développement de services intégrés peut-il être considéré comme un processus de construction de sens, mais il s'agit en plus d'un processus intimement conditionné par les dynamiques interprofessionnelles locales.

L'étude du processus de construction de l'identité organisationnelle (article 2) s'appuie également sur l'approche théorique du sensemaking. Pour ce faire, nous posons plus particulièrement que la construction de l'identité organisationnelle peut être vue comme un processus de sensemaking à travers lequel les membres organisationnels

développent une représentation collective de ce qu'ils croient être central et distinctif au sujet de leur organisation. Les propriétés du sensemaking caractérisent donc également ce processus, ce qui peut s'exprimer par cette variante de la recette générique de sensemaking : comment pouvons-nous savoir qui nous sommes avant de voir ce que nous faisons? À travers cette formulation, nous posons que c'est en voyant ce qu'ils font que les membres organisationnels se font une idée de qui ils sont et qu'ils énoncent leur identité. En retour, cette identité énoncée façonne leur sélection d'informations, facilitant et contraignant ainsi leurs actions dans le futur. La présence d'ambiguïté identitaire en représente un élément déclencheur.

Ainsi, vouloir capter le processus de construction identitaire revient conséquemment à s'intéresser au processus de construction de l'action collective dans les situations d'ambiguïté identitaire. Ceci a l'avantage de reconnaître que l'identité organisationnelle affecte et est affectée par les pratiques de travail des acteurs. En contexte professionnel, les pratiques des opérateurs professionnels sont susceptibles de constituer un élément clé du processus de construction identitaire. En s'appuyant sur les travaux d'Orton et Weick (1990), nous posons qu'elles correspondront à différentes pratiques de couplage. L'identité énoncée qui en émergera constituera à la fois une contrainte et une opportunité pour les actions futures. En retour, ces circonstances pourront alimenter des zones d'ambiguïté additionnelles et engendrer un nouveau cycle de construction identitaire.

En somme, l'approche théorique du sensemaking correspond au principal ancrage théorique à partir duquel nous avons choisi d'aborder empiriquement notre objet de recherche, soit la mise en œuvre de services cliniques intégrés, notamment la transformation des pratiques professionnelles (objectif 1) et l'identité organisationnelle (objectif 2). Cette perspective a coloré également comment nous avons choisi de faire l'analyse critique des recherches sur l'implantation des services intégrés en santé mentale et toxicomanie (objectif 3), bien qu'elle n'en ait pas constitué la trame principale.

Ceci vient clore la première partie de la thèse consacrée au cadre théorique. Nous nous tournons maintenant vers le cadre opératoire où seront présentés le contexte de recherche et la méthodologie de la recherche.

PARTIE II : CADRE OPÉRATOIRE

Chapitre 4 Contexte de recherche

Ce chapitre présente les caractéristiques principales de l'organisation de santé que nous avons étudiée dans le cadre de la thèse. Afin de préserver son anonymat, nous la désignerons tout simplement comme « la Clinique ».

La Clinique est une organisation de santé créée en 2001 au Québec. Trois caractéristiques particulières distinguent cette organisation en tant que contexte de recherche. La première a trait à ses origines, soit un problème d'ordre clinique. Le problème noté était l'incapacité des services de santé mentale et de dépendance à répondre aux besoins des personnes simultanément aux prises avec les deux problèmes (santé mentale et dépendance). À l'époque, les services pour cette clientèle étaient généralement dispensés de façon séquentielle ou en parallèle, en raison de la division du travail qui prévalait entre les secteurs de la psychiatrie et de la dépendance (Mercier & Beaucage, 1997; Kim T. Mueser, Torrey, Lynde, Singer, & Drake, 2003). Des recherches menées au début des années 90 suggéraient cependant que les traitements avaient plus de succès lorsque les deux problèmes étaient traités de manière intégrée, c'est-à-dire en tenant compte de leurs influences mutuelles (Drake, et al., 1998; RachBeisel, et al., 1999; Siegfried, 1998). La Clinique a donc été créée avec le mandat d'explorer de nouveaux modèles de soins intégrés pour cette clientèle. Ultimement, elle devait aider à rapprocher les deux secteurs.

La seconde caractéristique de notre contexte de recherche relève des acteurs impliqués dans la création de la Clinique, soit des membres de la haute direction de deux organisations : un hôpital psychiatrique (HP) et un centre de réadaptation en toxicomanie (CRT). Ce rapprochement a été fortement impulsé par un psychiatre rattaché à HP et à CRT. L'arrangement interorganisationnel qui en est résulté a pris la forme d'un *joint venture*: la Clinique. Le projet s'est appuyé sur trois sources de financement : une instance du niveau régional et les deux organisations parents (HP et CRT). Une part importante de la

contribution financière de ces dernières a pris la forme d'un prêt de personnel, ce qui signifie que la dizaine de personnes transférées à la Clinique est demeurée rattachée à HP ou à CRT. Chacun des transferts s'est fait sur une base volontaire. Le *joint venture* s'est fondé en outre sur le principe d'un partage égal de l'influence entre les deux parents. Ce principe est manifeste dans les modalités de gestion convenues. Au niveau stratégique, le comité de gestion a été composé d'un nombre égal de hauts dirigeants des deux organisations parents, alors qu'au niveau de la gestion courante, une cogestion avec un chef administratif de CRT et un chef médical de HP a été mise en place.

Le mandat confié à la Clinique constitue la troisième caractéristique de notre contexte de recherche. Il s'agit d'un mandat de troisième ligne, ce qui correspond à des services ultraspécialisés répondant aux demandes de référents rattachés à des organisations "partenaires". Pour la Clinique, ces partenaires incluent les différents hôpitaux et centres de réadaptation en toxicomanie de la région, y compris HP et CRT. Le mandat de troisième ligne s'accompagne aussi d'activités de recherche et d'enseignement. Ces activités sont vues comme garantes du développement et de la diffusion de pratiques novatrices, ce qui était attendu de la Clinique.

Ensemble, ces trois caractéristiques ont fait de la Clinique un contexte organisationnel doublement complexe. Un premier élément de complexité est lié à l'encadrement structurel. Il se rapporte à la double relation de la Clinique avec les organisations parents : d'une part, une relation de dépendance pour l'accès et la stabilisation des ressources et, d'autre part, une relation d'indépendance relative puisqu'il s'agissait de deux organisations parmi un ensemble de partenaires envers lesquels la Clinique était également redevable. Cette dualité était susceptible de générer des tensions et de l'ambiguïté. Un second élément de complexité est lié à la production de services. D'abord, la Clinique devait offrir des services de troisième ligne en complément avec les services offerts par les partenaires. Ceci était peu balisé en psychiatrie et encore moins en toxicomanie. Ensuite, la relation entre les deux secteurs avait été traditionnellement empreinte de méfiance, ce qui risquait de compliquer les efforts de rapprochement. Enfin,

les connaissances sur le traitement optimal de la comorbidité étaient encore peu développées.

Au début des années 2000, en somme, ce projet était particulièrement novateur. Il contrastait de façon marquée avec le contexte habituel de pratique professionnelle, tant dans le domaine du traitement des troubles mentaux en milieu hospitalier, que dans celui de la réadaptation en dépendance. Par conséquent, plusieurs zones d'incertitude étaient présentes. Par exemple, quels types de services mettre en place pour répondre le plus efficacement possible aux besoins des personnes qui allaient être référées? Ou encore, comment partager le travail entre des professionnels provenant de secteurs ayant traditionnellement entretenu peu de liens, mais désormais appelés à intervenir collectivement? Enfin, comment orchestrer les services avec les référents lorsqu'on est un service ultra spécialisé? Dans ce contexte, en somme, les moyens à déployer pour répondre au mandat demeuraient largement à définir. Par conséquent, la Clinique s'est caractérisée dès le départ par son potentiel élevé d'occasions de sensemaking. Aussi, comme elle aspirait à devenir un chef de file dans le domaine des doubles diagnostics, le développement de son identité organisationnelle a revêtu un caractère crucial.

Chapitre 5 Méthodologie de la recherche

Ce chapitre présente une synthèse des choix méthodologiques qui nous ont permis de répondre aux objectifs de la thèse. Il se découpe en deux grandes sections. La première section aborde les choix méthodologiques associés aux deux premiers articles, lesquels correspondent au volet empirique de la thèse. Les informations présentées dans cette section se limitent aux éléments qui sont communs aux deux articles. Ainsi, le lecteur intéressé par des aspects plus spécifiques est invité à se référer à la section méthodologique de chacun des articles. La deuxième section enchaîne ensuite avec la présentation des choix méthodologiques se rapportant au troisième article, lequel correspond à une analyse critiques des écrits scientifiques.

5.1 Méthodologie relative à l'article 1 et à l'article 2

5.1.1 Paradigme de recherche

Notre étude s'intéresse de façon particulière aux dynamiques de mise en œuvre de services intégrés, ce que nous abordons sous l'angle du sensemaking organisationnel. Elle se positionne sans équivoque dans un paradigme interprétativiste. Ce paradigme partagerait certaines hypothèses avec le paradigme constructiviste sur le statut de la connaissance, notamment son caractère subjectif et contextuel (Avenier & Gavard-Perret, 2008; Perret & Séville, 2003). Il s'en éloignerait cependant sur la manière dont la connaissance est engendrée. Pour le chercheur interprétativiste, en effet, il s'agit moins de co-construire des connaissances que de chercher à comprendre le sens que les acteurs donnent à la réalité à travers les interprétations qu'ils s'en font (Allard-Poesi & Maréchal, 2007). Pour acquérir cette compréhension, le chercheur doit par conséquent s'attarder aux intentions, aux motivations et aux croyances des acteurs, et rechercher la signification située qu'ils donnent à leurs comportements (Perret & Séville, 2003).

5.1.2 Stratégie de recherche

Afin de développer une compréhension en profondeur des dynamiques de mise en œuvre, une étude de cas unique longitudinale est apparue appropriée. Selon Mucchielli (2004), l'étude de cas se définit comme une stratégie de recherche visant à rendre compte du caractère évolutif et complexe de phénomènes inscrits dans un système social possédant ses propres dynamiques.

Le cas à l'étude correspond à la Clinique et a été décrit en détail au chapitre 4. Selon la classification de Stake (2000), il s'agit d'une étude de cas comportant tant une dimension intrinsèque qu'instrumentale. Par intrinsèque, Stake renvoie à l'intérêt présenté par le cas en lui-même. Cette dimension est au premier plan à la Clinique étant donné le caractère novateur du modèle d'intégration sur lequel elle s'appuie. La dimension instrumentale renvoie pour sa part au potentiel de connaissances pouvant découler de l'étude du phénomène d'intérêt se manifestant dans le cas. À cet égard, la Clinique représente une rare occasion d'étudier en profondeur et de façon prolongée le processus de mise en œuvre de services intégrés depuis ses tout débuts. Aussi, la petite taille du cas permet plus facilement d'observer l'amalgame entre ses composantes cliniques et organisationnelles, ce qui représente une caractéristique importante et commune à ce type de contexte. Par conséquent, les possibilités d'apprendre du cas sont apparues considérables, d'où la dimension instrumentale du cas.

L'étude a pris la forme d'une analyse des processus, soit l'analyse de la séquence des événements tels qu'ils se déploient dans le temps, en contexte (Pettigrew, 1997). Ce choix est apparu approprié considérant que la recherche s'intéresse à l'évolution d'un phénomène et qu'elle vise à en comprendre les dynamiques. Ceci s'accorde en outre à une vision de l'organisation qui survient plutôt qu'elle n'existe, et où le changement y est continu et façonne le pattern sous lequel l'organisation émerge (Tsoukas & Chia, 2002; Weick & Quinn, 1999).

5.1.3 Collecte de données

Des méthodes qualitatives ont été employées pour la collecte de données. Il s'agit de méthodes appropriées lorsqu'on cherche à appréhender un phénomène selon la perspective des individus qui participent à sa création, soit à travers leurs représentations, leur langage et leurs intentions (Allard-Poesi & Maréchal, 2007). Plus particulièrement, nous avons recueilli les données en utilisant trois techniques : l'entrevue individuelle semi-structurée, l'observation non participante et l'analyse de documents. Chacune est décrite brièvement dans les sections qui suivent.

5.1.3.1 L'entrevue individuelle semi-structurée

Les entrevues individuelles ont constitué la principale source de données de la recherche. Selon Boutin (1997), l'entrevue semi-structurée permet aux répondants d'articuler leur pensée autour de thèmes préétablis tout en conservant suffisamment de souplesse pour explorer d'autres thèmes non prévus initialement par le chercheur. Cette technique s'est avérée ainsi très utile afin de faire évoluer les entrevues au fil du temps selon la compréhension progressive que nous avons du cas et du phénomène à l'étude.

Les entrevues ont été réalisées à deux périodes, soit en 2006 et en 2009. Les entrevues réalisées en 2009 ont été faites spécifiquement aux fins de la présente recherche alors que celles de 2006 sont de source secondaire. Elles ont été faites dans le cadre d'un projet de recherche réalisé entre autres à la Clinique et portant sur les processus d'intégration des soins et services de 2^e et 3^e lignes³. Cette façon de faire rejoint Baumard, Donada, Ibert et Xuereb (2007) pour qui il convient de commencer systématiquement une recherche en s'interrogeant sur l'existence de données secondaires disponibles, étant donné les nombreux avantages que cela comporte. Ce matériel présentait l'intérêt considérable de

³ Le titre exact de cette recherche est : « Analyse des processus d'intégration des soins et services de 2^e et 3^e lignes pour les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ». Deux expériences d'intégration ont été étudiées en profondeur, dont celle de la Clinique. Les chercheuses responsables de l'étude étaient Lise Lamothe et Astrid Brousselle.

nous donner accès à des informations sensibles recueillies en temps réel. Bien que les dimensions documentées ont différé de celles ciblées dans notre propre étude, il existe des points communs étant donné que les deux études ont tenté de mettre au jour les dynamiques d'acteurs et leurs relations avec des aspects organisationnels. Ces points communs ont par conséquent facilité le repérage du matériel pertinent pour notre étude. Aussi, à titre d'assistante de recherche, j'ai cofacilité la majorité de ces entrevues. Ceci a grandement favorisé l'appropriation du contenu. L'annexe 1 présente le canevas d'entrevue utilisé en 2009 de même que celui utilisé en 2006.

Au total, le corpus de données d'entrevue compte 34 entrevues réalisées avec 23 informateurs différents. Quinze entrevues ont été réalisées en 2006 et 19 entrevues l'ont été en 2009 (cf. tableau 5.1). Dans chaque série d'entrevues, nous avons sollicité la participation de tous les membres de l'organisation. En 2009, nous avons interrogé en plus ceux qui avaient quitté leur fonction à la Clinique depuis la dernière ronde d'entrevues. C'est ce qui explique, par exemple, que trois gestionnaires aient été rencontrées en 2009 alors qu'une seule personne occupait ce poste à la fois. Nous avons également rencontré des membres des organisations partenaires de la Clinique afin d'obtenir des informations contextuelles, et ce, tant en 2006 qu'en 2009. La durée moyenne des entrevues pour l'ensemble a été d'une heure. Avec le consentement écrit des participants, les entrevues ont été enregistrées puis transcrites sous une forme verbatim.

Tableau 5-1 : Détails des entrevues réalisées

	2006	2009
Informateurs de la Clinique	N	N
Gestionnaire	3	1
Gestionnaire		1
Gestionnaire		1
Directeur médical	1	1
Neuropsychologue	1	1
Neuropsychologue		1
Infirmière	1	1
Ergothérapeute	1	1
Psychiatre		1
Psychiatre	2	1
Psychiatre		1
Psychiatre		1
Psychoéducateur	1	1
Psychologue	1	1
Travailleur social		1
Travailleur social		1
Informateurs des organisations parents		
De l'hôpital psychiatrique		
-Gestionnaire de la haute direction	1	1
Du centre de réadaptation en toxicomanie		
-2 gestionnaires de la haute direction (entrevue commune)	1	
-Gestionnaire de la haute direction		1
-Gestionnaire de niveau intermédiaire	1	
-Gestionnaire de niveau intermédiaire	1	
D'une organisation communautaire partenaire		
-Gestionnaire de niveau intermédiaire		1

5.1.3.2 L'observation non participante

Nous avons également réalisé des observations non participantes. Selon Quivy et Van Campenhoudt (2006), l'observation directe constitue la seule stratégie des sciences sociales permettant de capter les comportements au moment où ils se produisent et sans nécessiter d'intermédiaire du genre d'un document ou d'un témoignage. Les observations ont notamment permis de susciter de nouvelles questions pour les entretiens individuels.

Les observations ont eu lieu à la Clinique en 2006 et en 2009. Elles ont été réalisées lors des réunions clinico administratives auxquelles participait l'ensemble du personnel de la Clinique. Elles se sont accompagnées d'une prise de notes. Les observations réalisées en 2006 l'ont été dans le même contexte que pour les entrevues individuelles. À nouveau, la majorité des observations ont été faites par l'auteure de la thèse. Au total, les observations réalisées totalisent plus de 20 heures de réunions.

5.1.3.3 L'analyse documentaire

Une analyse de documents de nature clinique et administrative a également été faite. Cette stratégie est venue compléter et enrichir l'information recueillie via les autres stratégies et favoriser leur mise en perspective. Parmi les documents analysés, on compte les procès verbaux des différentes instances qui se sont réunies au fil du temps : comités de direction (2001, 2002, 2008), réunions clinico administratives bimensuelles (2004 à 2009) et journées d'étude annuelles (2004 à 2009). On compte également des documents d'orientation et des rapports d'activités, mais aussi des documents de nature plus clinique comme des protocoles de soins. Les documents retenus ont touché la période précédant la fondation de la Clinique jusqu'à la fin de la période de collecte, soit la fin de l'été 2009.

5.1.4 Analyse des données

L'ensemble du matériel recueilli a été importé dans un logiciel d'analyse qualitative (Atlas-ti) pour être ensuite traité. Chaque étape d'analyse a fait l'objet de discussions approfondies avec la directrice de recherche. D'abord, nous avons utilisé une stratégie de décomposition temporelle (Langley, 1999) afin de scinder la période d'étude en sous-périodes. Les moments clés utilisés pour ce découpage correspondent au départ de différents membres de la direction. Du point de vue des informateurs, ces départs représentaient des événements importants en raison des perturbations qu'ils ont suscitées dans le cours de la vie organisationnelle. Les étapes d'analyse subséquentes ont été faites en deux blocs, un premier afin de répondre aux objectifs de l'article 1, puis un second pour répondre aux objectifs de l'article 2.

En ce qui concerne l'article 1, l'étape suivante a consisté à faire une première caractérisation de l'offre de services intégrés. Cette caractérisation s'est appuyée sur une codification préalable des données et le regroupement des codes selon les dimensions suivantes : 1) qui on cible?, 2) qu'est-ce qu'on met en place?, 3) comment on s'y prend entre nous?, et 4) comment on s'y prend avec les référents et les autres partenaires? À cette étape, la taille des segments codés est généralement grande (un paragraphe) puisqu'on cherche à conserver le plus possible l'enchaînement fait par chaque informateur entre ce qu'il voit se mettre en œuvre, comment ceci est interprété et pourquoi il perçoit qu'il en est ainsi.

Ce matériel a été utilisé à l'étape suivante pour élaborer des matrices chronologiques (Miles & Huberman, 1994) et reconstituer la séquence des événements à travers laquelle s'est construite l'offre de services. Vu la présence de trois programmes distincts mis en évidence à l'étape précédente, la nécessité d'un découpage plus fin s'est imposée. Trois sous-unités d'analyse ont donc été constituées : 1) programme des troubles de la personnalité et conduites addictives, 2) programme des troubles psychotiques et conduites addictives, et 3) programme des troubles complexes et conduites addictives.

Pour chaque sous-unité, le travail d'analyse a ensuite consisté à dégager des extraits codés les formes organisées d'interaction (routines, rôles, procédures) caractérisant le mieux l'activité des professionnels selon chaque dimension et à chaque période. Un travail similaire a été réalisé afin d'identifier les compréhensions associées à chacune. Afin de capter celles étant partagées, on s'est attardé aux compréhensions pour lesquelles des récurrences ont été trouvées entre les sources d'information ou sinon, celles décrites par les informateurs comme étant partagées.

Enfin, la dernière étape a consisté à décrire les principales occasions de sensemaking à l'origine des compréhensions partagées qui sont parvenues à s'imposer dans les trois programmes. Ce travail a consisté, d'une part, à dégager des extraits codés les différents signaux (événements auxquels les acteurs portent sélectivement attention) et repères (normes, croyances, préférences et savoirs) mis en relation par les acteurs pour mener à ces compréhensions partagées. Ce travail a d'autre part consisté à préciser les dynamiques interprofessionnelles caractérisant chacune des occasions de sensemaking en faisant ressortir comment les différents acteurs ont mobilisé leurs sources de légitimité pour parvenir à ce résultat.

Concernant les stratégies d'analyse utilisées pour l'article 2, la première étape a consisté à faire une lecture répétée de l'ensemble du corpus afin de repérer les principaux labels utilisés pour caractériser l'identité de la Clinique. Deux labels ont été identifiés. Un codage descriptif a ensuite été réalisé. Pour ce faire, nous avons revu les entrevues à la recherche d'éléments se rapportant aux thèmes du cadre d'analyse, soit les compréhensions partagées associées aux labels identitaires, les expériences d'ambiguïté (ex. : contradictions, paradoxes, confusion) rapportées par les participants, les efforts collectifs consécutifs de sensemaking et leurs impacts sur le devenir de l'organisation. Ce travail a permis l'élaboration de matrices temporelles (Miles & Huberman, 1994). Un récit détaillé du processus de construction identitaire a ensuite été rédigé à partir des matrices, puis complété et nuancé en se référant aux notes d'observation et aux documents recueillis.

Cette stratégie narrative (Langley, 1999) a permis ensuite l'identification de patterns entre les trois phases de construction identitaire.

Pour les deux articles, l'analyse s'est conclue par une étape de restitution des analyses aux informateurs. Cette étape a consisté à transmettre à trois membres de l'organisation une copie de nos analyses préliminaires ainsi qu'à discuter avec l'ensemble de l'équipe de nos résultats. Ceci a été répété pour chacun des articles. Chaque fois, la rétroaction des informateurs a permis de confirmer la justesse de notre analyse.

5.1.5 Considérations sur la validité de la recherche

La question de la validité de la recherche se pose quel que soit le paradigme dans lequel se trouve le chercheur. Aussi, bien que les méthodes qualitatives cherchent explicitement à prendre en considération le caractère subjectif des phénomènes sociaux, *« le monde empirique ne tolère pas également toutes les interprétations qu'on en donne »* (Laperrière, 1997, pp. 369-370).

Ainsi, durant le processus de la recherche, différentes stratégies ont été adoptées afin d'en assurer la rigueur. Cet accent sur les stratégies de vérification dans le cours de la recherche présente le grand avantage de favoriser la mise en place rapide d'actions correctrices visant à s'assurer de la meilleure qualité possible de la recherche, ce que ne permettrait pas une démarche uniquement axée sur l'évaluation post-hoc (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Ces stratégies sont présentées au tableau 5.2. Elles ont été classifiées selon la typologie de stratégies de vérification proposée par Morse et al. (2002).

Tableau 5-2 : Stratégies de vérification utilisées pour assurer la validité de la recherche

Stratégies de vérification	Description	Exemples illustrant l'utilisation de la stratégie dans le cadre de l'étude
Cohérence méthodologique	<ul style="list-style-type: none"> • Cohérence entre les objectifs de recherche et les choix méthodologiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de notes régulière dans le journal de bord méthodologique; relecture fréquente des notes afin de s'assurer de la cohérence des choix. • Discussions des choix méthodologiques en cours de processus avec la directrice de recherche; ajustement et précision des choix et/ou des objectifs
Suffisance de l'échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des participants qui possèdent la meilleure connaissance possible de l'objet de recherche • Cueillette de données suffisantes pour couvrir l'ensemble des aspects du phénomène étudié 	<ul style="list-style-type: none"> • Sollicitation d'un large éventail de personnes incluant le personnel actuel et passé de la Clinique, ainsi que des membres des organisations partenaires ayant eu à transiger avec la Clinique; adaptation du canevas d'entrevue au contexte spécifique de chaque informateur • De façon concomitante à la collecte et à l'analyse, participer à divers événements reliés à l'environnement de la Clinique afin d'en avoir une meilleure compréhension (ex. : colloque sur les doubles diagnostics, colloque sur la toxicomanie) • Pour les deux articles empiriques, étape de restitution des analyses préliminaires aux participants et échanges sur leurs commentaires et réflexions
Itération entre la collecte et l'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontation constante entre ce qui est connu et ce qui reste à connaître 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de notes dans le journal de bord réflexif lorsque la collecte et/ou l'analyse des données ont suscité des réactions de la chercheuse; temps d'arrêt afin de mettre à plat les pensées et émotions suscitées par la situation; efforts pour départager ce qui relève de la chercheuse de ce qui relève du phénomène étudié • Discussion aux différentes étapes d'analyse avec la directrice de recherche afin de questionner les interprétations du matériel et la direction donnée aux analyses à venir
Réflexion théorique	<ul style="list-style-type: none"> • Reconfirmation d'idées ayant émergé des données avec du nouveau matériel 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectures de travaux théoriques et empiriques en cours de collecte et d'analyse de données afin d'enrichir la réflexion et préciser les codes de niveau conceptuel • Validation de la solidité des raffinements apportés aux codes conceptuels en recodant du matériel déjà codé ou du matériel résiduel
Développement théorique	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la théorie en tant que résultat de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des résultats préliminaires de la recherche dans différents forums (séminaires entre étudiants, cours, congrès scientifiques en santé et en administration) • Commentaires de l'auditoire utilisés pour tester la solidité des développements théoriques

5.1.6 Considérations éthiques

Les procédures réalisées dans le cadre de cette étude se sont conformées aux exigences en matière d'éthique de la recherche telles qu'énoncées par Doucet (2002). Avant de débiter, le projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation éthique des deux comités d'éthique de la recherche auxquels se rattache administrativement la Clinique. Il s'agit de celui du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) auquel adhère le Centre Dollard-Cormier. Le certificat éthique obtenu de chacun des deux comités est inséré à l'annexe 2.

En ce qui concerne les procédures spécifiques, notons qu'un formulaire de consentement a été signé par tous les participants qui acceptaient de participer aux entrevues individuelles. L'annexe 3 présente le formulaire d'information et de consentement développé à cet effet et que les deux comités d'éthique ont préalablement approuvé. Les données recueillies ont été traitées de façon confidentielle et l'anonymat des participants a été respecté lors de la transcription des entrevues et de la publication des résultats. Les participants ont été informés qu'ils étaient libres de participer à la recherche et qu'ils pouvaient mettre fin à leur participation sans qu'il leur soit demandé de justification et sans aucun préjudice à leur égard.

5.2 Méthodologie relative à l'article 3

L'article 3 consiste en une analyse critique des écrits relativement à la façon dont les études d'implantation des services intégrés en santé mentale et toxicomanie ont été menées jusqu'à présent. Il ne s'agit pas d'une recension systématique des écrits proprement dite, quoiqu'il importe que notre analyse repose sur une base empirique solide. Ainsi, les deux prochaines sections vont présenter succinctement la méthode employée pour sélectionner les articles constituant cette base empirique, puis la stratégie d'analyse employée.

5.2.1 Sélection des articles

La sélection des articles prend appui sur une recension des écrits sur l'implantation de services intégrés en santé mentale et toxicomanie publiée en 2011 par Torrey et collaborateurs. Douze articles sont répertoriés dans cette recension. Ils répondent aux critères suivants : 1) être publiés en anglais; 2) utiliser des méthodes quantitatives et/ou qualitatives; 3) se focaliser sur des facteurs du niveau organisationnel reliés à l'implantation de services intégrés en santé mentale et toxicomanie. Ces articles ont été trouvés par les auteurs suite à une recherche dans la base de données PubMed à partir de 2001 et suite à l'examen des références de chaque article répertorié. Les mots clés suivants ont été utilisés: « Diagnosis, Dual (Psychiatry) », « Substance-related disorders/ rehabilitation », « Community Mental Health Services/organization & administration » et « Substance Abuse Treatment Centers/ organization & administration ».

Nous avons utilisé trois nouvelles stratégies afin de mettre à jour cette banque d'articles, et ce, jusqu'à mars 2012. La première stratégie a consisté à répliquer la stratégie de recherche initiale, mais pour la nouvelle période s'échelonnant de janvier 2010 à mars 2012. Elle n'a cependant pas permis de répertorier de nouveaux articles. La seconde stratégie a consisté à vérifier manuellement les tables de matières des journaux scientifiques dans lesquels les articles déjà répertoriés ont été publiés. Cette stratégie a permis de trouver un article répondant aux critères, soit celui de Carlson, Rapp, et Eichler (2012). Enfin, la troisième stratégie a consisté à lancer une recherche dans PubMed avec le nom du premier auteur de chaque article déjà répertorié. Un nouvel article a ainsi été trouvé, soit celui de Torrey, Bond, McHugo, et Swain (2012). Au terme de notre démarche, notre banque d'articles se composait par conséquent de 14 articles, soit les 12 articles déjà répertoriés par Torrey, et al. (2011) et deux nouveaux articles.

5.2.2 Stratégie d'analyse

Avant de procéder à l'analyse proprement dite, des informations ont d'abord été extraites systématiquement de chaque article. Elles se rapportent à l'objectif poursuivi, au modèle organisationnel auquel correspond le projet d'implantation étudié, ainsi qu'aux principaux choix méthodologiques effectués (critères de sélection des cas, nombre de cas sélectionnés, stratégies de collecte des données, mesure d'effet de l'implantation, durée de l'étude, stratégie d'analyse). Ces informations ont été regroupées dans un même tableau puis analysées transversalement. Ce premier niveau d'analyse a ainsi permis de dégager un ensemble de constats d'ordre général.

Un second niveau d'analyse a également été réalisé. En s'appuyant sur les informations extraites des articles, il a été possible de catégoriser les articles selon leur façon d'approcher le processus d'implantation. Selon Thiétart (2007), deux façons d'approcher de tels objets de recherche peuvent être distinguées : l'approche centrée sur le contenu et l'approche centrée sur le processus. La différence fondamentale entre elles tient à la façon de prendre en compte la dimension du temps dans la recherche. Ainsi, l'approche centrée sur le contenu s'intéresse à la nature de l'objet étudié, soit pour en révéler les composantes (visée descriptive), soit pour montrer comment les composantes sont associées entre elles (visée explicative). Dans ce cas, le temps n'est pas pris en compte de façon explicite. Au contraire, l'approche centrée sur le processus s'intéresse spécifiquement au comportement de l'objet étudié dans le temps, soit pour révéler l'enchaînement de ses composantes dans le temps (visée descriptive), soit pour montrer comment les composantes évoluent dans le temps en fonction de l'évolution d'autres composantes (visée explicative). C'est cette catégorisation des articles qui nous a permis de dégager un ensemble de constats relatifs spécifiquement à la façon d'approcher l'implantation.

PARTIE III : ARTICLES

Introduction à la partie 3

Cette troisième partie représente le cœur de la thèse. Elle comprend trois chapitres, soit un chapitre pour chacun des trois articles composant la thèse. Le tableau 5.3 liste ces articles et situe l'étape à laquelle chacun en est rendu dans le processus de publication.

L'étudiante constitue l'auteure principale de chacun des trois articles et la directrice de recherche, la coauteure. La contribution de l'étudiante a consisté à concevoir le devis de recherche et à procéder à la collecte et à l'analyse des données. Elle a également rédigé chaque manuscrit pour publication et a fait les modifications suggérées par l'éditeur de la revue, le cas échéant. Chacune de ces étapes a été discutée avec la directrice de recherche et réalisée sous son étroite supervision. Cette dernière a notamment lu et commenté les versions préliminaires des articles et approuvé leur version finale.

Tableau 5-3 : Liste des articles de la thèse

No	Titre de l'article Auteurs	Revue retenue Étape dans le processus de publication
1	Sensemaking: A Driving Force behind the Integration of Professional Practices Chantal Sylvain, Lise Lamothe	<i>Journal of Health Organization and Management</i> Publié dans le numéro spécial de novembre 2012 consacré à l'intégration (volume 26, numéro 6, pp. 737-757).
2	Constructing Organizational Identity in a Professional Context: A Journey Through Ambiguity Chantal Sylvain, Lise Lamothe	<i>Organization Studies</i> Soumis le 29 juillet 2012
3	Dual Diagnosis Services : Toward a Better Understanding of their Implementation Chantal Sylvain, Lise Lamothe	<i>Journal of Dual Diagnosis</i> Accepté avec modifications pour le numéro spécial de février 2013 sur la mesure de la capacité organisationnelle pour le traitement de la co-morbidité.

Chapitre 6 Sensemaking: A Driving Force Behind the Integration of Professional Practices (Article 1)

Auteures : Chantal Sylvain^{1,2}, Lise Lamothe^{1,3}

¹Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

²École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

³Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, Montréal

Au moment du dépôt de la thèse, l'article était publié dans la revue *Journal of Health Organization and Management*, dans le numéro spécial de novembre 2012 consacré à l'intégration (Sylvain, C. & Lamothe, L. (2012). Sensemaking: A driving force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 737-757).

Reproduit avec la permission de Dr Helen Dickinson, éditrice du *Journal of Health Organization and Management*, ainsi qu'avec la permission du publisher (Emerald).

6.1 Abstract

Purpose: There has been considerable effort in recent years to more closely link and integrate professional services for patients with comorbidities. However difficulties persist, especially at the clinical level. This study sheds light on these difficulties by examining the process of sensemaking in professionals directly involved in this integration.

Design/methodology/approach: We conducted an 8-year longitudinal case study of an organization specializing in mental health and substance abuse. Different data collection methods were used, including 34 interviews conducted between 2003 and 2009, observations and document analysis. We did a qualitative analysis of the data using a processual perspective.

Findings: This paper provides empirical insights about the nature of the sensemaking process in which professionals collectively participate and the effects of this process on the evolution of integrated services. It suggests that the development of integrated practices results from an evolutionary and collective process of constructing meanings that is rooted in the work activities of the professionals involved.

Practical implications: By drawing attention to the capacity of professionals to shape the projects they are implementing, this study questions the capacity of managers to actually manage such a process. In order to obtain the expected benefits of integration projects, such emergent dynamics must first be recognized and then supported. Only then can thought be given to mastering them.

Research limitations/implications: The fact that this is a single case study is not a limitation per se, although it does raise the issue of the transferability of results. Replicating the study in other contexts would verify the applicability of our conclusions.

Originality/value: This study offers a fresh perspective on the difficulties generally encountered at the clinical level when trying to integrate services. It makes a significant contribution to work on the dynamics of sensemaking in organizational life.

Keywords: Sensemaking, professional practices, integrated services, dual diagnosis, processual perspective.

6.2 Introduction

Comorbidity, that is the occurrence of two or more health disorders in the same person, represents a complex clinical situation. In addition to coexisting, these health disorders are very often inter-related. This generates an additional uncertainty for health professionals and so increases their interdependence (Lamothe, 1996). Integrating services is a way of limiting this uncertainty and of providing an appropriate response to this complexity. At the clinical level, integrating services is often considered as coordinating clinical practices around the health problems of patients (Contandriopoulos *et al.*, 2001). This requires that professionals with often very separate fields of practice learn to work together, a situation that poses some significant challenges.

Persons suffering from concomitant mental health and substance abuse disorders are a case in point. Current knowledge suggests that recovery is facilitated when these two problems are treated simultaneously and with a consideration of their mutual influences (Rush *et al.*, 2008; SAMHSA, 2002; Department of Health, 2002; Health Canada, 2002). Given the potential for greater efficacy associated with service integration, how can we transform the professional practices that this requires and implement such an integration of services? Implantation analyses carried out in recent years have identified factors that enhance or impede the implementation of integrated services for this clientele (for example, Brunette *et al.*, 2008 and Brousselle *et al.*, 2010). While undeniably making a valuable contribution, this work provides little information on the dynamics that emerge from interactions among these health professionals and with these particular patients in the organizational context. Such knowledge is, however, essential if practices are to evolve toward greater integration. In their synthesis, Rush *et al.* (2008) call on researchers to address this topic through the use of analytical frameworks that allow for an examination of emergent dynamics.

This paper pursues precisely this objective. It is a longitudinal examination of the process of constructing integrated services in mental health and substance abuse at the level of service production. We rely on two theoretical frameworks: organizational sensemaking and the sociology of professions. The following section will describe these frameworks, focusing on elements relevant to the object of study.

6.3 Conceptual Framework

The first theoretical framework derives from work on organizational sensemaking. Sensemaking is the social process of constructing and reconstructing meanings that enables individuals interacting with each other to interpret their world and act collectively (Rouleau and Balogun, 2008; Weick, 1995, 2001; Weick *et al.*, 2005). To capture its specifically organizational character, Weick (1995) proposes situating this process between the levels of interaction and social structure (Wiley, 1988). The level of interaction is where the intersubjective constructing of meaning occurs when individuals communicate with each other in an attempt to explain unexpected events they encounter during the course of their work. The level of social structure is where the generic constructing of meanings takes place. It is at this level that the meanings constructed during interaction stabilize to become organized forms of interaction – for example, roles, routines and organizational procedures – which are, by definition, transferable from one organizational member to another. These elements are relatively enduring because they are supported by shared understandings; that is, consensuses developed by the actors about the meaning of actions and of situations they experience (Weick, 1995). However, these consensuses remain precarious as they can be renegotiated in the interaction. In short, the process of organizational sensemaking “circulates” through these two levels of meanings construction, thereby enabling the organizational reality to take shape and maintain itself.

Although continuous, this process is marked by periods in which efforts at constructing meanings are more explicit. Weick (1995) uses the notion of an occasion for sensemaking to designate those moments when events come to perturb the feeling of order,

clarity and rationality experienced by the actors. In such a context of uncertainty, the actors come to pay selective attention to certain events, and from these events they extract information that becomes cues for sensemaking. These cues alone are not sufficient to enable the actors to construct new meanings and re-establish a feeling of order, clarity and rationality. Rather, it is by linking these cues to frames (Weick, 1995) from their past socialization experiences that the actors in interaction attempt to retrospectively construct meanings around the equivocal situation experienced. For professionals, these frames may be norms, beliefs, preferences or knowledge. Identifying occasions for sensemaking in the organizational context therefore gives us access to those moments when the collective process of sensemaking is most active – those moments when the actors are literally fashioning the organization to come.

As can be seen, the process of sensemaking is imminently social, but it occurs also at an individual level. It is through various interpersonal exchanges that individuals connect with each other and generate intersubjective meanings (Patriotta and Spedale, 2009; Balogun & Johnson, 2005). However, all individuals do not possess an equal capacity to influence sensemaking at a collective level and so the question of power merits consideration (Weick *et al.*, 2005). The work of Abbott (1988) on the sociology of professions allows us to address this issue. The central idea is that professions aspire to grow and develop; to do this, they try to increase their control over work spheres. Professions are therefore seen as inter-related and in competition with each other. And the workplace is one arena where this competition takes place, leading to work arrangements that stabilize yet remain temporary. In this sense, these arrangements correspond to the organized forms of interaction posited by the theoretical framework of organizational sensemaking. Abbott's contribution lies in his consideration of the means by which a professional group can potentially influence these work arrangements in one direction over another. This work suggests that it is by relying on its sources of legitimacy, notably abstract knowledge and the skills it controls, that a professional group is able to take over work spheres (Abbott, 1988). Consequently, the development of integrated services can be

seen not only as a process of constructing meanings, but also as a process that is intimately shaped by local interprofessional dynamics.

The general objective of this paper is to better understand how health professionals participate in the progressive construction of services when the goal is to integrate services in mental health and substance abuse. To achieve this objective, we focus on understanding: (1) the nature of the process of sensemaking in which the health professionals collectively participate, and (2) the effect of this process on the evolution of integrated services. In the next sections, we present the research context, our methodology, the principal results of our analyses and the discussion.

6.4 Research Context

This study was carried out in an organization set up in 2001 in Montréal (Canada) in response to a perceived inability on the part of existing services to meet the complex needs of people suffering from concomitant mental health and substance abuse disorders. The new organization was charged with offering integrated and multidisciplinary services to individuals whose disorders were deemed severe. It was mandated to provide ultra-specialized services in response to referrals coming from first line and specialized services, in both fields. The prioritization of services was to be based on two criteria. The first was type of clientele: priority was to be given to populations that had proved difficult to care for in traditional facilities (for example, the homeless). The second criterion was type of service: priority was to be given to services still at the experimental stage. Finally, the new organization was expected to disseminate knowledge through training and support to first line and specialized services, and to contribute to knowledge production through research. To meet these multiple objectives, patient follow-up was to be limited in time and achieved in collaboration with referring professionals.

The proposal to create this organization originated from the coming together of some senior managers at two large organizations: a psychiatric hospital (PH) and a drug

rehabilitation center (DRC). This collaboration was significantly driven and guided by a psychiatrist at the PH. The project relied on three sources of funding for both initial installation costs and recurring operating costs (approximately CAD\$450,000 annually): a regional body and each of the two “parent” organizations (PH and DRC). A significant part of the financial contribution of the parent organizations took the form of employee lending, such that all staff transferred to the new organization (10 individuals) remained attached to the PH or DRC. These transfers were all voluntary.

Note that for its time, the early 2000s, this project was particularly innovative. At the time, services were generally delivered sequentially or in parallel due to the division of work that existed between the fields of mental health and substance abuse. Consequently, there existed a number of areas of uncertainty; for example, what types of services would respond most effectively to the needs of individuals who would be referred there? How would work be shared among professionals from fields that traditionally have little contact with each other? And how, as an ultra-specialized service provider, would services be orchestrated with referring professionals? So right from the outset, this organization displayed an increased potential for occasions for sensemaking.

6.5 Methods

This paper is based on a single longitudinal case study conducted over a period of 8 years in the organization described above. We used qualitative methods, which are appropriate for understanding a phenomenon from the perspective of the individuals participating in its creation; that is, through their representations, their language and their intentions (Allard-Poesi and Maréchal, 2007). More specifically, the methodology took the form of a processual analysis; in other words, an analysis of the sequence of events as they unfolded in time and in context (Pettigrew, 1997).

Data collection

We collected data using three techniques: semi-structured individual interviews, participant observations and analysis of documents. We relied on the interviews as the main source of data and triangulated with the documents and observations. We conducted 34 interviews with 23 different informants, as detailed in Table 6.1. Fifteen interviews were carried out in 2006 as part of a previous study on this organization and in which the two authors participated, and 19 interviews were conducted in 2009. In each round of interviews, we solicited the participation of all members of the organization. In 2009, in addition, we interviewed those who have left the organization. This explains, for example, that three managers were interviewed in 2009 when only one person at a time has held this position.

During the interviews, we asked participants to describe the process in which they were collectively engaged in order to achieve integrated services, identify significant events and their impact, and explain their understanding of how change evolved. In addition to providing real-time data, interviewees were asked to describe past events in order for us to obtain retrospective information. Finally, we interviewed key people in partner organizations to obtain contextual data. The mean interview duration was approximately 1 hour. With the participants' consent, the interviews were tape recorded and transcribed verbatim.

We also made non-participant observations in 2006 and 2009 at clinical administrative meetings attended by all of the organization's staff. These observations totaled more than 20 hours. A final addition to the corpus was documentation of a clinical and administrative nature. All of this material was imported into the qualitative data analysis software Atlas.ti for processing.

Table 6-1 : Quantitative details of interview data

	2006	2009
Informants from the organization	N	N
Manager	3	1
Manager		1
Manager		1
Medical director	1	1
Neuropsychologist	1	1
Neuropsychologist		1
Nurse	1	1
Occupational therapist	1	1
Psychiatrist		1
Psychiatrist	2	1
Psychiatrist		1
Psychiatrist		1
Psychoeducator	1	1
Psychologist	1	1
Social worker		1
Social worker		1
Informants from partner organizations		
From the psychiatric hospital		
-Top manager	1	1
From the drug rehabilitation center		
-2 top managers (common interview)	1	
-Top manager		1
-Middle manager	1	
-Middle manager	1	
From a community center		
-Middle manager		1

Data analysis

We used qualitative techniques to analyze the data. The analysis comprised five steps, each of which was the object of in-depth discussions between the two authors. We first used a temporal bracketing strategy (Langley, 1999) in order to break down the whole period (from the organization's founding in 2001 up to mid-2009) into sub-periods corresponding to key events: the departures of various members of the organization's management. These departures were used spontaneously by the informants as markers to situate other events in time. This strategy proved useful for accurately categorizing data obtained retrospectively.

The second step consisted in doing a first characterization of the integrated services offered. This characterization relied on an initial coding of the data. This material was then used in the third step to elaborate time-ordered matrices (Miles and Huberman, 2003) and to reconstitute the sequence of events through which the services were elaborated. We constituted three subunits of analysis to accommodate the three distinct programs revealed in the previous step: 1) the personality disorders and addictive behavior program, 2) the psychotic disorders and addictive behavior program, and 3) the complex disorders and addictive behavior program. Figure 6.1 shows a timeline situating the study period divisions in relation to the emergence of each program. For each subunit, the analysis then consisted in identifying, from the coded extracts, the organized forms of interaction (routines, roles and procedures) that best characterized the activities of the professionals for each time period. A similar analysis was done to identify the understandings associated with each. In order to capture those shared among professionals, we focused on understandings that recurred in the information sources or, if these were not present, on those described by the informants as being shared.

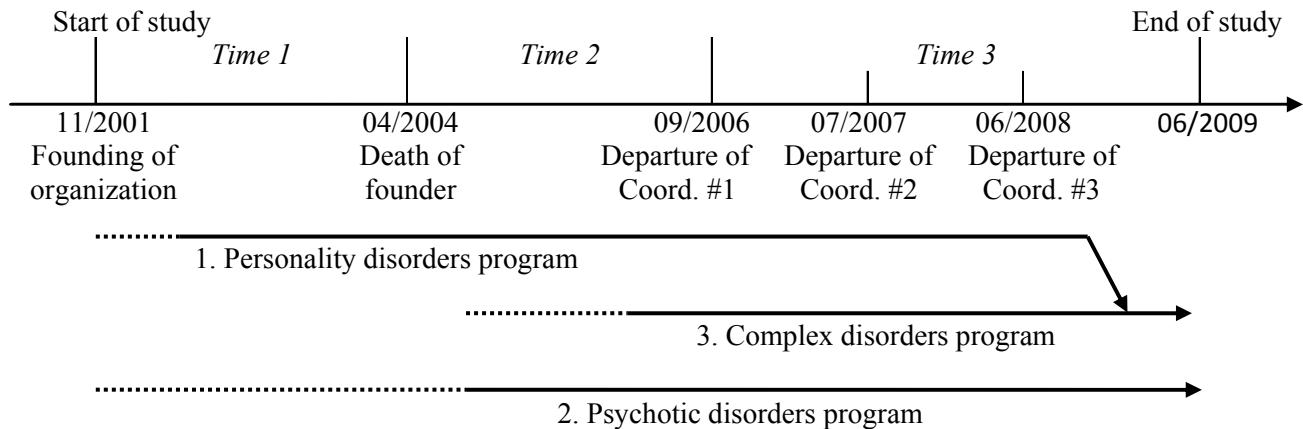


Figure 6-1 : Timeline situating the study period divisions

The fourth step consisted in describing the main occasions for sensemaking at the origin of the shared understandings that came to prevail in the three programs. This involved first identifying, from the coded extracts, the different cues (events to which the actors paid particular attention) and frames (norms, beliefs, preferences and knowledge) used by the actors to generate these shared understandings. We then identified the interprofessional dynamics that characterized each occasion for sensemaking by examining how the different actors mobilized their sources of legitimacy. The final step consisted in giving to four members of the organization a copy of our preliminary analysis. Their feedback confirmed the accuracy of our analysis of their situation.

In the following section, we use a narrative form to present our analysis of this process of constructing services as it unfolded in the organization from its founding in 2001 up until the end of the study in 2009. As is the case with most sensemaking researchers using a socio-constructionist perspective, we focus on the participants' points of view and the meanings they use and create from social interactions. Of course, such analysis is inevitably shaped by the frames of the researchers (Allard-Poesi, 2005). Due to the style we have adopted in order to lighten the narrative, it may occasionally seem as if we have full knowledge of what is "really" going on, but this is obviously not the case.

There are three “stories”, one for each of the three programs implemented during this time. Each program is described based on the main occasions for sensemaking that seemed to shape it over time, with an emphasis on the effects produced at the level of integrated services and on the dynamics that lead to these effects. Quotations are integrated throughout the text to illustrate the dynamics described.⁴

6.6 Results

6.6.1 Personality disorders and addictive behavior program

The personality disorders and addictive behavior program was the first program in the new organization. It was created in response to numerous referrals received for a clientele that had not originally been targeted: individuals with addictive behaviors and a severe personality disorder, in particular, borderline personality disorder. This contrasted sharply with the expected psychiatric profile of referrals, namely psychotic disorders, but some of the professionals had a strong interest in this clientele (a psychologist, a social worker and a psychiatrist). Management, seeing this as a valuable opportunity for the professionals to learn to work together, gave them complete freedom to develop the program.

As knowledge about the most appropriate services for treating substance abuse and borderline personality disorder in an integrated fashion was still relatively undeveloped, the starting point was an amalgam of the best practices adopted in each field. To document these best practices, the professionals met with local and international experts and participated in training sessions. The majority of these activities were done in a group setting, which lead to exchanges and facilitated the forming of a consensus among the professionals around what services to offer. The result was a “treatment protocol”

⁴ To protect confidentiality, cited informants are labeled in two categories: psychiatrists and professionals (excluding psychiatrists).

describing the specific treatment steps in the program. This protocol was based on a particular conception of patients. In particular, the patients were seen as suffering from a severe and chronic condition; hence, the unpredictability of their behavior, their tendency to challenge limits in their environment and their general instability. In this context, it was perceived that only the strict application of a very structured protocol would be beneficial. As one professional said:

“The protocol is our operating manual. We say to the patient: Read it and you will know exactly how this is going to work ... Our goal as health professionals is to provide stability. We can’t get dragged off the highway at every single exit. We say: Listen, we’re going to [name of city] so we take highway X. You can get off at a few exits but us – we stay on the highway and welcome you back if you decide to join us again.

This particular conception of patients appeared to orient the professionals’ sensemaking in two ways. First, it became a central frame when examining cues emerging from their clinical work. For example, they tended to view the patients’ dropping out of treatment as first and foremost a reflection of the chronic instability experienced by these patients, rather than a potential problem linked to the program. They therefore viewed the idea of making significant changes to the program with great reluctance, even more so because the number of patients dropping out of the program remained moderate and the flow of referrals for this type of patient remained high. So in focusing on stability when defining their integration project, the professionals generated a paradox: how would they be able to contribute to a renewal in practices as demanded by the organization’s mission when the quality of services dispensed was defined by their stability? For the professionals concerned, however, this contradiction remained secondary and subordinate to the shared conviction that this was the best way of responding to their patients’ needs.

The professionals’ particular conception of their patients also appeared to orient their sensemaking in a second way: it influenced the type of relationships established with partners, such as health professionals at shelters, psychiatric hospitals and rehab centers. They varied in number depending on the case and were involved intermittently, subject to

fluctuations in requests for assistance from the patients. The professionals saw this “shopping around” as a reflection of the difficulties that had brought these patients into treatment in the first place and therefore inherent to this clientele. As one professional explained,

“[Going to] outside professionals – we encourage this because this is a very volatile and unstable clientele. When they get fed up, they just go somewhere else. But then at some point they come back.”

According to this particular conception of patients, exchanging information with partners on a regular basis was seen as desirable but not essential. This is consistent with the tendency we observed among professionals to engage in such exchanges only when the occasion presented itself, which was infrequent. Consequently, exchanges remained limited, which deprived the professionals of additional cues that could have provided information on the broader impact of their interventions. As their vision of complementarity with partners was never called into question, they perpetuated the situation by continuing to maintain tenuous links with partners. The integration project therefore concentrated principally on coordinating clinical practices within the borders of the program. As these practices were perceived as “naturally” complementary to those of their partners, explicit efforts at cooperation were not perceived as essential and so were not deployed. This aspect seems to have accentuated the tendency toward the status quo noted earlier. In effect, after a start-up marked by innovation, the program tended to evolve toward continuity as few changes to the services were introduced. In this regard, the arrival of a new psychiatrist four years after the program’s creation was a significant event.

The new psychiatrist arrived with a different vision of ultra-specialized integrated services – one based on the psychiatrist’s experience and expertise in comorbidity. This led to a redefining of the nature of the services offered, which translated into changes in intervention strategies. These changes arose from a “reframing” of patients’ needs. As the psychiatrist said:

“It would make no sense if we had the exact same services as the personality disorders program [in specialized services]. Why duplicate things? We have to do things differently if we want to reach this volatile clientele.”

The redefinition spurred by the new psychiatrist also translated into the establishment of closer ties with the various partners; for example, actively soliciting their participation in treatment. Collaboration with partners on treatment objectives was henceforth perceived to be essential for maintaining overall cohesiveness. Thus, complementarity with partners was no longer assumed; rather, it was perceived to develop through explicit efforts at cooperation.

How was this reorientation of services possible given that the professionals in place considered the stability of the program to be proof of its relevance? Our results suggest that the psychiatrist’s legitimacy alone was insufficient in forcing the change he desired. His expertise had to be *certified* by other professionals in the team. This certification came about through what could be interpreted as the psychiatrist’s “encroaching” on tasks previously established as the prerogative of other professionals. For example, he began attending follow-up meetings regularly, which the previous psychiatrist had stopped doing. This initiative not only enabled the psychiatrist to exercise some control over operations, but also provided an opportunity to get to know and exchange with other professionals in the program. While doing this, the psychiatrist generated cues that fed the process of sensemaking and directed it in a personally advantageous way; for example, by making his expertise visible to other team members. This aspect added an additional source of legitimacy that appeared to be sufficient to build a consensus with the professionals on the suitability of the changes he proposed. As one of them explained:

“Finally it started to work because we started to see he was good with patients, and then we started to appreciate the framework he was applying.”

Toward the end of the study period, however, this program was seriously shaken by the departure of two of the team’s professionals. These departures were related in part to a restructuring at the PH to which the organization remained attached. Combined with

difficulties in recruiting qualified personnel, these new departures put the program's survival in jeopardy. The few activities that could be maintained were annexed to the complex disorders program, which was under development, thereby putting an end to the personality disorders and addictive behavior program.

6.6.2 Psychotic disorders and addictive behavior program

In contrast to the previous program, the foundations of the psychotic disorders and addictive behavior program did not emerge fortuitously. The professionals originally planned to concentrate their integration work around patients with this type of disorder. At that time, the team was composed of a nurse, a psychiatrist, a psychoeducator and a part-time social worker. However, they actually received very few referrals for this clientele, and those actually referred did not attend regularly the group therapy program. Later on, a psychiatrist left, and there was a staff turnover. Two years after the organization's creation, the program's survival was hanging by a thread.

The staff turnover and the arrival of a new coordinator made it possible to relaunch the process of sensemaking. The deliberations between team members focused on how to increase patients' attendance to group therapy. The lack of referrals was not fully discussed. The only solution that team members put forward was to hire an occupational therapist skilled in leading groups:

“We realized that we had forgotten something major: we didn't have an occupational therapist. And conducting groups of psychotic patients without an occupational therapist doesn't work.” (psychiatrist)

The challenge of developing an integrated treatment program for this clientele could once again be considered – this time with an entirely new team. The presence of an occupational therapist perceived as a specialist in group interventions kept the professionals confident in the soundness of this approach. Then, under his influence, focusing on

retaining patients already involved in the program became the definition of their team work. As commented by one professional:

“How can we have research projects if there are no patients ... We have to make sure patients come and that they regularly attend. If they don’t, we can talk all we want but....”

The treatment program was therefore structured around group interventions based on a progression from level 1 (preparing for change) to level 2 (changes in behavior). The underlying idea was that the program would adapt as much as possible to the capacities and limits of the patients in order to facilitate their progress. All professionals considered the establishment of a relationship of trust – an “alliance”- with each patient as essential:

“Our goal is not so much that they change, but that they become involved and commit.”

“The first step is to create an alliance.”

This consensus has had great impact on the evolution of the program. Our results suggest that it oriented the process of sensemaking in two ways. First, this consensus became a frame for examining the cues emerging from clinical work; in particular, the persistent difficulty in counting on the regular attendance of patients in group therapy. This difficulty was interpreted as indicating a need to increase efforts at developing a better alliance with these patients. The result was that professionals spent more time in individual follow-up for these patients in order to encourage and support their participation in group treatment. They came to favor, by default, level 1 activities, which were aimed at preparing for change, over level 2 activities, which were aimed at changing behavior. This was despite the fact that level 2 activities were initially perceived as being closer to the program’s purpose. As one professional noted:

“I think we would have lost a lot of clients if this group [level 1] hadn’t been there. It’s a way of making sure we don’t lose contact with them, so we can catch them when they’re ready to pursue more specific objectives.”

This way of redefining clinical work raises the issue of practice renewal, the basis of the organization's mission. How was the organization to remain innovative when considerable time and effort was being invested in level 1 activities? This was not a priority for the professionals at the time as explained by a professional:

“We are the last line of care. If we don't manage to hang onto them, who will? It's worth the effort, we have to try.”

The consensus around creating an alliance with patients influenced the process of sensemaking in another way. It brought the team members to engage proactively in exchange activities with partner organizations already involved with those patients (for example, residential resources or forensic hospital). They tried to elicit their support in the pursuit of their objectives. Team members believed that this would remove obstacles that they encountered in their own follow-up of patients and contribute to a real integration of services.

The integration project tented to focus on the coordination of all clinical practices, including those of partners. However, coordinating actions with these partners was not obvious because of differences in treatment approaches. As illustrated by a professional:

Of course we are careful to make sure the person doesn't get into a dangerous situation, but if the person consumes and this has no impact on his environment, we are not necessarily going to report him and get him hospitalized. But some partners see things differently: they will sometimes prevent the patient from going out because he consumed, and this includes going out for treatment [in our program]. So we have a patient who is trying to work on his problems but is punished for having consumed and then is cut off from services.

Team members believed that the difficulties could be surmounted through sustained exchanges to agree on the goals and methods to be used with particular patients. However, this task required a lot of work. As the referrals came from a variety of different organizations, each patient arrived accompanied by a variety of different professionals. So

despite the considerable time and effort given to exchange activities, team members remained confronted with the same difficulties.

Therefore, they gradually came to redefine their integration project as resting on a broader range of services so that they could fully manage patients' needs over an extended period of time. It was no longer sufficient to just coordinate their practices with others; they wanted to assume themselves responsibility for a wider range of services. "*Otherwise we are working for nothing.*" Thus the sustained involvement of partners, with whom team members never managed to cooperate fully despite their considerable efforts, came to be considered as potentially detrimental and something to be restricted in order to prevent patients from "falling between the cracks."

All those agreements and consensuses between team members developed easily, based on non-conflictual interprofessional dynamics under the leadership of the occupational therapist. His leadership was significantly supported by his professional legitimacy upon his arrival. This legitimacy rested on many years of experience working with patients with psychosis as well as a capacity to structure work methods for this clientele. The dynamics of this particular team was influenced by importance given to co-therapy and team discussions. These occasions for interactions enabled a sharing of knowledge and experience, and favored the obtaining and maintaining of consensuses. This team cohesion was present throughout the study period.

At the end of the study period, despite all efforts, the complete management of patients' needs was not possible because of lack of personnel and work load. After 8 years, the program's future still appeared to be in some doubt.

6.6.3 Complex disorders and addictive behavior program

The third program emerged more than four years after the organization's founding. The principal architects behind its creation were professionals involved in the admission process (liaison nurse and psychiatrists). They observed the de facto exclusion of patients

based on admission criteria designed to support existing programs (personality disorders program and psychotic disorders program). They felt this was unacceptable given the organization's purpose (to reach excluded clientele). As a psychiatrist said:

“We noticed that we were excluding people. There were people who did not fit into either of the [existing] programs.”

These patients all presented a very complex clinical picture, with a number of different inter-related problems, including homelessness. Although their admission was amply justified, it seemed clinically inappropriate to integrate them into existing programs where group interventions were used. The arrival of a new psychiatrist allowed to raise this issue.

Under the influence of this psychiatrist, an idea gradually took root: the program should situate itself in support of partners already working with this clientele. This direction was based in part on the psychiatrist's preferences, and in part on the cues generated by the evaluation process for this clientele. One of these cues was the frequent presence of a professional from first line or specialized services accompanying the patient during their evaluation, which was unusual in the other two programs. These outside professionals were not only present, but also displayed openness to discussing recommendations formulated by the psychiatrist. In the context of limited resources, this constituted a powerful cue for orienting services toward a form of “coaching”; that is, an intervention among professionals enabling them to develop better skills in managing the follow-up of their patients. This coaching was accompanied by the occasional intervention with the patients themselves, but such interventions were of secondary importance. As the psychiatrist said:

“In the end, we are there not so much for the patients but for the [outside] professionals.”

Contrary to the other two programs, which were structured around a multidisciplinary team, this program was built around the expertise of the psychiatrist, who

assumed principal responsibility for the entire intervention process. While the liaison nurse provided occasional support by carrying out routine liaison tasks with certain patients, her role always remained subordinate to that of the psychiatrist. In this case, the integration project is defined as better coordination. Through coaching of partners, they did not seek to either join with or replace referring professionals, but rather to support them on an occasional basis and empower them, thereby enabling partners to retain their role in providing first line care to patients.

Starting in 2007, two events occurred that significantly impacted the program's future evolution. The first was the arrival of a new, part-time psychiatrist. This was the result of a re-assignment of personnel at the PH (to which the organization remained attached), which was in the process of re-structuring. What tasks would be assigned to this new staff member? The decisive cues came from the waiting list of referrals for patients whose profile was a poor match with the other programs, even the complex disorders one. These referrals were mainly for opiate-dependent patients, for whom the referring professionals were requesting diagnostic clarification and treatment indications. Because of the special nature of their treatment (that is, methadone), these patients were already being followed by a specialized team. The new psychiatrist was therefore assigned the responsibility of responding to these requests within the framework of the complex disorders program. However, as the context was very different, the coaching approach adopted previously no longer seemed appropriate. Consequently, the integration project that developed was still defined as better coordination. However, this time, the method used was quite different and limited to formulating recommendations to referring professionals based on the psychiatric evaluation.

The second event that impacted the program's evolution was the addition of a new clientele. These were patients who had previously been followed in the personality disorders program and who, following the departure of two professionals responsible for that program, found themselves without a psychiatrist and with reduced services. Under the direction of the social worker, the group activities still in place were reassigned to become a

third component in the complex disorders program, although this was more of an administrative issue and had little concrete impact. In effect, the clinical work remained structured, in silo-like fashion, around each of the three sub-clienteles that had been added over time: the homeless, the opiate dependent and patients with personality disorders. As one professional noted:

“Is the complex disorders program going to become a catch-all for everything that is not psychotic? If it includes everything, it will be hard to know who the average patient is.”

So at the end of the study period, this program was defined in a fragmented way, with very few elements that the professionals involved could invoke in order to define themselves collectively.

6.7 Discussion

This research aimed to better understand how health professionals participate in the progressive construction of integrated services for a clientele suffering from co-occurring health problems such as mental health and substance abuse disorders. We used work on organizational sensemaking (Weick *et al.*, 2005; Weick, 1995) and the sociology of professions (Abbott, 1988) as theoretical frameworks to explore: (1) the nature of the process of sensemaking in which health professionals collectively participate, and (2) the effects of this process on the evolution of integrated services. Our discussion returns to these two points and discusses them in light of our results and other work that sheds light on our findings.

6.7.1 The nature of the process of sensemaking in which health professionals collectively participate

Three findings concerning the nature of the process of sensemaking can be formulated. The first highlights the path-dependent nature of this process. It is based on the

following observation: how professionals respond to critical events during the initial definition of services is decisive in orienting the flow of future events. In our study, these early critical events mainly related to clientele and generated the first occasions for sensemaking. The path-dependent nature of the process lies in the fact that the shared understandings and forms of interaction that emerged from the first occasions for sensemaking strongly oriented the direction in which future understandings and organized forms of interactions developed; for example, the type of relationships established with partners and the contours of practices being coordinated. According to Dopson *et al.* (2008), there is justification for considering such interrelations between context and actors in terms of path dependency theory (David, 1985; Sydow *et al.*, 2009), but applicable at the level of microprocesses. We also suggest that the collective commitment of professionals toward actions adopted initially could constitute a central mechanism that explains the dynamics associated with such path dependency. Citing Salancik and Pfeffer (1978), Weick and Sutcliffe (2003) describe this concept of commitment as that which links individuals to their behavior when they construct explanations to justify this behavior, and these justifications in turn become established and constitutive of their world view. The use of group therapy as the primary modality of intervention in the psychotic disorders program is a good example of a behavior to which team members became committed, despite some contradictions raised. This significantly shaped the direction taken in this program.

The dynamics of how this happens is illustrated by our second finding. Committed groups maintain the pre-determined direction, despite various occasions for sensemaking that arise over time. So not only are the starting conditions themselves decisive in determining the “path”, but what subsequently ensues tends to endure. The associated dynamics are illustrated in Figure 6.2. It describes the dynamics of reproduction created by the sensemaking process and explains the path-dependency. First, events to which the professionals pay selective attention and from which they extract cues, tend to arise from organized forms of interactions on a daily basis. For example, weak attendance in group therapy could only be observed insofar as this service was offered and the patients actually

had recourse to it. Secondly, to make sense of these cues, professionals rely on frames arising precisely from the shared understandings that enabled the organized forms to take root in the first place. This tends to result in an inward process. These dynamics show similarities with the enactment process described by Weick (1977, 1988). Enactment occurs when information extracted from the context is used to give meaning to that context. Through enacting their context, the actors contribute to create the object of their observation and to forget the constructed nature of it (Vidaillet, 2003). In this sense, the actors “invent” rather than discover their environment (Weick, 1977).

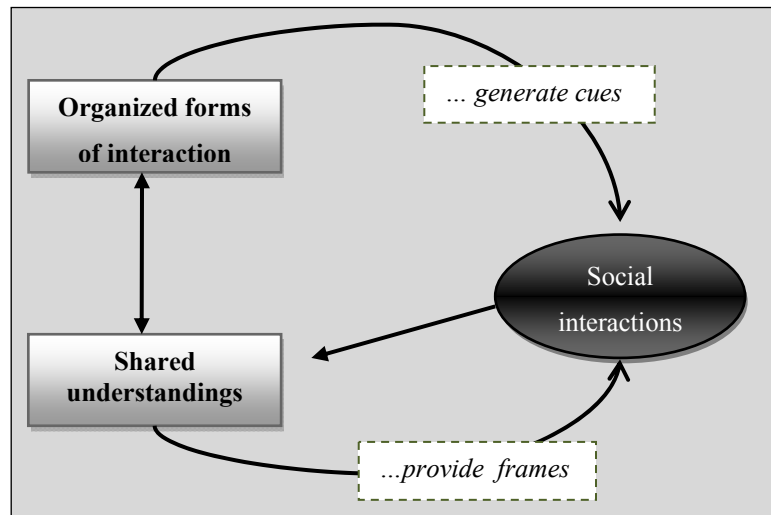


Figure 6-2 : Dynamics of reproduction created by the sensemaking process

The observation of a strong tendency to maintain the direction determined at the start does not mean that shared understandings and interaction schemas remained unchanged. Our results show, on the contrary, that change is still possible. This is our third finding linked to sensemaking. In the organization studied, change was of two types: continuous adaptation and radical transformation.

Continuous adaptation refers to the readjusting of the shared understandings and interaction schemas that occur when professionals face disturbing events to which they try to make sense collectively. In this type of change, the path tends to slowly drift away from its original trajectory; this is influenced by the quantity and variety of potential cues. In the psychotic disorders program, for example, cues were numerous (diversity of partners) and varied due predominantly to the various exchange routines. On the one hand, it gave professionals considerable information for making sense of the disturbances they encountered. However, it raised new areas of uncertainty and ambiguity, thereby perpetuating the sensemaking efforts of professionals. These sustained efforts seem to explain in large part why a greater number of readjustments was observed in this program as compared to the personality disorders program (before the change in psychiatrist) and why services evolved in a trajectory that led further and further away from the starting point. This example illustrates the adaptive, continuous and cumulative aspects of this type of change. The classic study of Orlikowski (1996) has shown the potential of such continuous adjustments to create substantial change. Our study reaches a similar conclusion but through the lens of sensemaking.

The second type of change observed in our study was radical transformation. In this case, change considerably perturbed the established interaction schemas and impelled the professionals to renegotiate the meanings of these actions. Our research showed two incidents of such a break, both of which occurred after the arrival of professionals – a psychiatrist and an occupational therapist. Particularly noteworthy is the case of the non-physician professional. This finding illustrates how through developing their knowledge, these professions are able to go beyond relationships of subordination with the medical profession (Lamothe, 1996; Abbott, 1988). While the circumstances varied, the process observed in each case was globally the same. Thus, these professionals relied on strong sources of legitimacy: knowledge and expertise specific to comorbidity (the psychiatrist) or specialized skills supported by years of experience (the occupational therapist). In the case of the psychiatrist, the presence of tangible manifestations of expertise appeared to be an

important additional source of legitimacy that served to limit objections. In each case, these sources of legitimacy enabled the professionals to exercise control over key program operations in which there existed some uncertainty. It was this incursion into the program's key operations that enabled them to generate cues that fed the process of sensemaking in a direction aligned with their preferences. The habit of interprofessional exchanges found in each program and the small size of teams appeared to facilitate the diffusion of this information and so favor the renegotiation of interprofessional agreements in this direction. Thus, while the resulting consensuses were partial and temporary, they were certainly a break with the previous situation; hence the term "transformation" to describe this type of change driven by the process of sensemaking.

6.7.2 The effect of the process of sensemaking on the evolution of integrated services

As described previously, our results show that the services implemented resulted from a process of sensemaking that was significantly oriented by representations that the professionals constructed of their patients during interactions with each other and with the patients themselves. These were starting conditions on which relationships with partners were defined and the contours of clinical practices drawn. However, this tangible effect of sensemaking varied greatly. An examination of inter-program differences reveals that the integration of services took many forms. First, there was specialization on the basis of clientele, with the adoption of programs and subprograms at the organizational level. This differentiation (Lawrence and Lorsch, 1967) is a well-documented tendency in organization theory, which sees this phenomenon as essential for responding to environmental demands (for example, heterogeneity of clientele). Second, there were tangible differences in ways of offering services in order to better adapt to patients' needs. Recent work on integration in mental health and substance abuse is increasingly reflecting this necessity. For example, Minkoff and Cline (2004) advocate for the implementation of integrated systems that provide different combinations of best practices adapted to various disorders and needs.

Rush et al. (2008) add to this by suggesting that practices should be adapted to the severity and complexity of problems. However, this work pays little attention to the challenges associated with the differentiation of services within a single organization, especially in a mental health and substance abuse context. Our work shows that these challenges are indeed very real.

The first challenge is related to the critical mass of patients. This is a major challenge when recommended practices require the participation of a number of patients, as with group therapy in the treatment of mental health and substance abuse disorders (Drake, O'Neal, and Wallach, 2008). The number of patients must also be sufficient to enable professionals to experiment and continuously adjust their practices according to the needs of the clientele. This is illustrated by the chaotic start-up of the psychotic disorders program. The second challenge is reconciling the demands of specialization with those of multidisciplinary. This problem is particularly acute when there is only one professional per discipline, as in the organization studied. In such a case, the grouping of professionals around a clientele can certainly favor the specialization of professionals, but there is also the risk of impeding patient access to the full range of expertise. The third challenge is closely linked to the second: preserving sufficient consistency between programs so that it is possible for the various professionals to unite their efforts and collaborate when required by the complexity of the patient's health condition. This challenge finds echoes in the classic work of Lawrence and Lorsch (1967) on the inverse relationship between differentiation and integration: the more an organization differentiates, the more difficult it is to remain integrated or, in other words, to maintain collaborations between its specialized units. While this was not the focus of our study, our results do suggest that this challenge was present and intensified as service integration progressed. The succession of coordinators in the last years of the study period may have contributed to its emergence by impeding the integrative role generally associated with the position of coordinator. The final challenge is developing and preserving consistency within programs. There are multiple variations of comorbid problems, and having a variety of clienteles within a single

program cannot be avoided. The complex disorders program is a case in point. The challenge consists therefore in developing and preserving consistency within each program while avoiding the threat of an excessive fragmentation of services.

6.8 Conclusion

In this paper, we have described and analyzed the process of sensemaking among professionals jointly engaged in implementing integrated services in mental health and substance abuse, and the effect of this process on the evolution of services. Our results show, first and foremost, the path-dependent nature of this process and the dynamic nature of its reproduction which tends to ensue via enactment. The results also show that change remains possible – both by continuous adaptation and more radical transformation. Finally, the results illustrate the tendency to differentiation, and the challenges raised by the sensemaking process for professionals trying to better adapt services to specific clientele. These results have some significant implications for both practice and research.

The first implication comes from our illustration of the effective capacity of professionals to shape integration projects during the concrete process of implementing them. This insight relevant to practice is congruent with writings on change management in professional organizations, which emphasize the important role of professionals in implementing change (Buchanan et al., 2007; Lamothe, 2007; McNulty & Ferlie, 2004). Our study illuminates the sensemaking dynamics in which professionals are involved and which shape change. It questions the capacity of managers to actually “manage” such a process given that it is driven by dynamics that may be largely beyond their control. At the very least, it underscores the need for managers who hope to “orchestrate” (Wallace, 2007) the change process, to recognize the importance of these emergent dynamics and to support them by favoring occasions for collective exchange and learning.

A second implication for practice relates to organizational design. In organizations such as the one we studied, while programs appear to be an appropriate response to the

heterogeneity of clienteles, it may also engender the four challenges discussed above. Given the conditions of uncertainty and unpredictability in which integration projects evolve, it would appear that such challenges are inevitable. Thus, rather than searching for an illusory “one best way” in terms of design, this observation suggests acknowledging the complexity and developing ways to rapidly detect difficulties and foster collective sensemaking around them in order to achieve a design better adapted to local needs.

Our results also have some important implications for research. These arise from the original contribution of our study to the field of organizational sensemaking. Our study is part of recent efforts at examining the dynamics of sensemaking by focusing on operations and front-line workers (for example, Sonenshein 2010; Stensaker and Falkenberg, 2007; Maitlis, 2005). This trend complements the traditional approach, which places a greater emphasis on sensemaking in managers (especially top managers) during strategic change (for example, Denis *et al.*, 2010; Balogun and Johnson, 2005; Gioia and Chittipeddi, 1991). According to Maitlis and Sonenshein (2010), this new approach is essential to fully capturing the “multi-vocal” nature of the change process. Our results are a step in this direction. Certainly more research is needed, including studies that consider the process of sensemaking across different levels of the organization. Such research would help clarify the power relationships through which meanings are shaped and become rooted in the organizational context. Our study has identified professionals who could manage to orient the process of sensemaking in a direction aligned with their own preferences (for example, occupational therapist and psychiatrist). This is a dimension of sensemaking that is still neglected in contemporary research, despite a number of recommendations to explore this area (Maitlis and Sonenshein, 2010; Weick *et al.*, 2005). Additional research is needed to explore these dynamics in other professional contexts and to deepen our understanding of the underlying mechanisms.

Our study has several limitations. First, a portion of the data are retrospective, which places informants in a sensemaking exercise in itself (Allard-Poesi, 2005). This limitation was minimized by using, as much as possible, data collected in real time; for

example, research data on the organization's first years. We also used triangulation strategies. For example, we used multiple data sources (different informants for the same phenomenon) and multiple data collection methods (observations, documents and interviews). By combining these strategies, we have greater confidence in the credibility of the results obtained (Patton, 2002). The fact that this is a single case study is not a limitation per se, although it does raise the issue of the transferability of results. In qualitative research, this is done using a theoretical rather than statistical logic (Yin, 2009). Note that our decision to carry out an in-depth study of a single case was a methodological choice justified by the "revelatory" nature of the case (Yin, 2009). With its mandate to provide ultra-specialized services in mental health and substance abuse, the organization studied was also distinct from other more prevalent contexts – for example, those oriented toward primary health services – or those targeting chronic health disorders in another field of intervention. This points to paths for future research and suggests other contexts to verify the transferability of our findings (Patton, 2002).

In conclusion, offering an appropriate response to the complexity of situations encountered at the clinical level is always a major challenge for health professionals. And this challenge is exacerbated when different health problems co-exist in the same patient. It is a situation that pushes professionals to better integrate their practices. Our study examined the microprocesses associated with the implementation of integrated services, particularly those linked to the sensemaking process of health professionals. Our results show that efforts to integrate professional practices are accompanied by significant challenges. By shedding new light on some common difficulties encountered by such integration projects, our study can enrich reflection on the topic and support the implementation of current and future projects.

6.9 References

Abbott, A. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, The University of Chicago Press, Chicago, London.

Allard-Poesi, F. and Maréchal, C.-G. (2007), “Construction de l’objet de la recherche”, in Thiétart, R.-A. (Eds.), *Méthodes de recherche en management (3rd édition)*, Dunod, Paris, pp. 34-56.

Allard-Poesi, F. (2005), “The paradox of sensemaking in organizational analysis”, *Organization*, Vol. 12 No. 2, pp. 169-196.

Balogun, J. and Johnson, G. (2005), “From intended strategies to unintended outcomes: the impact of change recipient sensemaking”, *Organization Studies*, Vol. 26, pp. 1573–601.

Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. and Perreault, M. (2010), “Key enhancing factors for integrating services for patients with mental and substance use disorders”, *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, Vol. 3 No. 3, pp. 203-218.

Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B.L., Jones, A.M. and McHugo, G.J. (2008), “Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers”, *Psychiatric Services*, Vol. 59 No. 9, pp. 989–995.

Buchanan, D.A., Addicott, R., Fitzgerald, L., Ferlie, E. & Baeza, J.I. (2007), “Nobody in charge: Distributed change agency in healthcare”, *Human Relations*, Vol. 60 No. 7, pp. 1065–1090.

Contandriopoulos A.P., Denis J.L., Touati N. and Rodriguez R. (2001), “Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre”, *Ruptures*, Vol. 8 No. 2, pp. 38-52.

David, P.A. (1985), “Clio and the Economics of QWERTY”, *The American Economic Review*, Vol. 75 No. 2, pp. 332-337.

Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., Contandriopoulos, D. and Dubois, C.-A. (2010), “The reciprocal dynamics of organizing

and sense-making in the implementation of major public-sector reforms”, *Canadian Public Administration /Administration Publique du Canada*, Vol. 52 No. 2, pp. 225–248.

Department of Health (2002), *Dual diagnosis good practice guide*, London, UK.

Dopson, S., Fitzgerald, L. and Ferlie, E. (2008), “Understanding change and innovation in healthcare settings: reconceptualizing the active role of context”, *Journal of Change Management*, Vol. 8 Nos. 3–4, pp. 213–231.

Drake, R.E., O’Neal, E.L. and Wallach, M.A. (2008), “A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 34, pp. 123– 138.

Gioia, D. A. and Chittipeddi, K. (1991), “Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation”, *Strategic Management Journal*, Vol. 12, pp. 433–48.

Health Canada (2002), *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders*, Ottawa, Canada.

Lamothe, L., (2007), “Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux : Une source d’innovation”, in Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L. (Eds), *La gouverne et la régulation des services de santé et services sociaux au Québec*, Éditions de la Chenelière, Montréal, pp. 289-298.

Lamothe, L. (1996), *La structure professionnelle clinique de facto d’un hôpital de soins ultraspécialisés* (doctoral thesis), Université McGill, Montréal.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24, 691-710.

Lawrence P.R. and Lorsch, J.W. (1967), *Organization and environment; managing differentiation and integration*. Division of Research, graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston.

Maitlis, S. (2005), “The social processes of organizational sensemaking”, *Academy of Management Journal*, Vol. 48 No. 1, pp. 21–49.

Maitlis, S. and Sonenshein, S. (2010), “Sensemaking in crisis and change: Inspiration and insights from Weick (1988)”, *Journal of Management Studies*, Vol. 47 No. 3, pp. 551-580.

McNulty, T. and E. Ferlie, (2004), “Process transformation: Limitations to radical organizational change within public service organizations”, *Organization Studies*, Vol. 25 No. 8, pp. 1389-1412.

Miles, M.B. and Huberman, A.M. (2003), *Analyse des données qualitatives (2^e édition)*, De Boeck Université, Paris.

Minkoff, K. and Cline, C.A. (2004), “Changing the world: The design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders”, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 27, pp. 727–743.

Orlikowski, W.J. (1996), “Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective”, *Information Systems Research*, Vol. 7 No. 1, pp. 63–92.

Patriotta, G. and Spedale, S. (2009), “Making Sense Through Face: Identity and Social Interaction in a Consultancy Task Force”, *Organization Studies*, Vol. 30 No. 11, pp. 1227–1248.

Patton, M.Q. (2002), *Qualitative research & evaluation methods (3rd edition)*, Sage, Thousand Oaks, CA.

Pettigrew, A.M. (1997), “What is a processual analysis”, *Scandinavian Journal of Management*, Vol. 13 No. 4, pp. 337-348.

Rouleau, L. and Balogun, J. (2008), “Exploring middle managers’ strategic sensemaking role through practical knowledge”, *Les cahiers de recherche du GÉPS*, Vol. 2 No. 7.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., and Furlong, A. (2008), *On the integration of mental health and substance use services and systems: main report*, Canadian Executive Council on Addictions.

Sonenshein, S. (2010), “We’re changing—or are we? Untangling the role of progressive, regressive, and stability narratives during strategic change implementation”, *Academy of Management Journal*, Vol. 53 No. 3, pp. 477–512.

Stensaker, I. and Falkenberg, J. (2007), Making sense of different responses to corporate change. *Human relations*, Vol. 60 No. 1, pp. 137-177.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Rockville, MD.

Sydow, J., Schreyögg, G. and Koch, J. (2009), “Organizational path dependence: Opening the black box”, *Academy of Management Review*, Vol. 34 No. 4, pp. 689-709

Vidaillet, B. (2003), “Exercice de sensemaking”, in Vidaillet, B. (Ed), *Le sens de l’action. Karl E. Weick : sociopsychologie de l’organisation*, Librairie Vuibert, Paris, pp. 35-50.

Wallace, M. (2007), “Coping with complex and programmatic public service change”, in Wallace, M., Fertig, M. and Schneller, E. (Eds), *Managing change in the public services*, Blackwell Publishing, Malden, MA, pp. 13-35.

Wiley, N. (1988), "The micro-macro problem in social theory", *Sociological Theory*, Vol. 6, pp. 254–261.

Weick, K.E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage, Thousand Oaks, CA.

Weick, K.E. (1988), "Enacted Sensemaking in Crisis Situations", *Journal of Management Studies*, Vol. 25 No. 4, pp. 305-17.

Weick, K.E. (1977), "Enactment processes in organizations", in Shaw, B. and Salancik, G. (Eds), *New Directions in Organizational Behavior*, St Clair, Chicago, IL.

Weick, K.E., Sutcliffe, K. and Obstfeld, D. (2005), "Organizing and the process of sensemaking", *Organization Science*, Vol. 16 No. 4, pp. 409-421.

Weick, K.E. (2001), *Making Sense of the Organization*, Blackwell, Malden, MA.

Weick, K.E. and Quinn, R.E. (1999), "Organizational change and development", *Annual Review of Psychology*, Vol. 50, pp. 361-386.

Weick, K.E. and Sutcliffe, K.M. (2003), "Hospitals as cultures of entrapment: A re-analysis of the Bristol Royal Infirmary", *California Management Review*, Vol. 45 No. 2, pp. 73-84.

Yin, R.K. (2009), *Case study research. Design and methods (4th edition)*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Chapitre 7 Constructing Organizational Identity in a Professional Context: A Journey Through Ambiguity (article 2)

Auteurs : Chantal Sylvain^{1,2}, Lise Lamothe^{1,3}

¹Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

²École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

³Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, Montréal

Au moment du dépôt de la thèse, l'article était soumis à la revue *Organization Studies*

7.1 Abstract

This paper presents the results of a longitudinal study on the construction of organizational identity in a professional context; in this case, the health care sector. We developed an analytical framework that revolves around the concept of identity ambiguity. In the organization studied, such ambiguity was central and recurring in the process of organizational identity construction. It produced what we call a “chameleon identity,” in which labels and meanings were malleable enough to accommodate the sometimes conflicting expectations of the organization’s partners. Faced with identity ambiguity, the sensemaking efforts of the organization’s members were manifest in daily coupling practices that were either connection oriented or autonomy oriented. In general, such dynamic interplay between these practices explains how organizational identity gradually constructs itself – or gradually unravels, as we observed in this study. By focusing on some neglected dimensions of the identity construction process, our results contribute to a better understanding of the dynamics by which organizational identity is created, maintained and transformed through work practices.

Keywords:

Organization Identity, Ambiguity, Sensemaking, Professional Context

7.2 Introduction

In the field of organizational studies, there is a growing interest in the concept of organizational identity. Various theoretical perspectives, such as social constructionism, presently steer research in the field. For Corley et al. (2006), organizational identity refers to *"an ongoing social construction that takes place among organizational members; can be influenced and accessed by individuals, groups, top management teams, or other collectives; and is usually understood to be focused on the organization"* (p. 90). This perspective questions the previously assumed enduring nature of organizational identity (Albert & Whetten, 1985) and points to a new research topic: the process of identity construction.

Professional organizations (e.g., hospitals, universities) represent an ideal context for studying organizational identity. Since work processes exist under the control of professional operators, the identity of these organizations lies within the work practices of these operators (Alvesson & Empson, 2008; Nag, Corley & Gioia, 2007). Consequently, understanding identity construction has to go beyond merely examining how members answer the question "who we are as an organization?"; it requires a closer look at what members *do* as an organization.

To date, very few studies have examined the process of identity construction and its workings in a professional context. Gioia, et al. (2010) see the process as complex and infused with ambiguity. Corley and Gioia (2004) show that ambiguity is a key element in the process of organizational identity change and that its resolution requires intense sensemaking efforts by its members, especially managers. In a professional context, this sensemaking is likely to be integral to professionals' work practices and provide insight into the dynamic relationship between members, their work and the organization (Alvesson, et al., 2008).

We conducted a longitudinal case study to better understand the processes and work practices through which organizational identity is gradually constructed in a professional context. Our study examines a health care organization that was a joint venture between two distinctive organizations with relatively different clienteles and services: one provided psychiatric services and the other drug rehabilitation. This new organization was specifically created to foster the emergence of innovative services for people struggling with mental illness and addiction. It represents a unique opportunity to observe how organizational identity is built once the vision of the founder has been formulated.

We first review the relevant literature on professional organizations, organizational identity and sensemaking. We then present our analytical framework derived from these sources. After describing our research environment and methods, we present our results and conclude with a discussion of our key findings.

7.3 Conceptual Framework

Professional organizations

The notion of professional organization is used to describe organizations where the work is complex and exists under the control of professionals (Mintzberg, 1989). Consequently the central part of the organization is its operating core. It follows that professionals are key players not only in the carrying out daily activities, but also in implementing major changes. This conceptualization is supported by recent work showing the effective capacity of professionals to shape projects they are involved in through their practices (McNulty & Ferlie, 2004; Sylvain & Lamothe, 2012). Professionals thus contribute to defining what is known collectively as central and distinctive to their organizational context.

Two other important aspects characterize professional organizations. First, their operating core is heterogeneous and consists of a variety of production units, each for a

particular client need. In health care, this heterogeneity allows professionals to meet the care requirements associated with the clinical conditions of their different patient clienteles (Lamothe & Dufour, 2007). Thus, because professionals have control in administrative decision making around issues that concern them, professional organizations are often decentralized. Some call them pluralistic because the multiple stakeholders involved seek different and potentially conflicting objectives and because they have diffused power centers (Denis, Langley, & Rouleau, 2007).

The concept of loose coupling is useful in understanding how such organizations are able to sustain themselves. It refers to the presence, at different organizational levels, of interdependent elements that are linked (coupled), yet individually maintain a degree of autonomy, hence the term loosely (Orton & Weick, 1990). Production units and management levels are examples of interdependent elements. According to Weick (1976), "*coupled events are responsive, but each event also preserves its own identity and some evidence of its physical or logical separateness*" (p. 3). Applying this dialectical interpretation of loose coupling to professional organizations (Orton & Weick, 1990) reveals two basic fluid yet contradictory processes that constitute the organization at all levels: connection-oriented processes and autonomy-oriented processes. This dynamic conception of the organization has implications for how organizational phenomena are understood: less as a property of organizations and more as something that is socially constructed (Corley et al., 2006). Organizational identity can be regarded as one of these phenomena.

Organizational identity as a processual phenomenon

Organizational identity was initially understood as an organizational feature encompassing attributes considered central, enduring and distinctive (Albert & Whetten, 1985). However, in the past fifteen years, a new current has become evident in the literature: organizational identity as a process (Corley, & al., 2006). Adopting a social construction perspective, these studies conceptualize organizational identity as a temporary,

context-sensitive and evolving set of constructions (Alvesson, et al., 2008). In general, these studies aim to capture how organizational identity is transformed after being destabilized, usually following a major organizational change. Several of these studies are based on the Adaptive Instability Model developed by Gioia, Schultz and Corley (2000). In this model, identity changes when members are faced with outsiders' perceptions of their organization and a misalignment of these perceptions with their own. Organizational identity is also defined as a duality consisting of both labels and meanings, suggesting two modes by which a change can occur: a change in the labels that express organizational identity or a change in the meaning of labels.

Corley and Gioia's 2004 study is a good example of work based on this model. Identity ambiguity plays a key role in this case study of organizational change in a spin-off company. By identity ambiguity, they mean *"a situation in which the organization's identity is vague, not because two or more competing identity claims exist but because no claims exist or, more likely, because the meanings underlying those claims are in doubt or subject to multiple plausible interpretations"* (Corley & Gioia, 2004, p. 201). It is triggered by changes in organizational referents, and by discrepancies between how members see their organization and how they perceive outsiders see their organization (construed external images discrepancies), or how they would like to be in the future (temporal identity discrepancies). In the grounded theory developed by these authors, the presence of ambiguity in the meanings underlying the identity labels and the sensegiving imperative that arises out of this ambiguity defines the change context within which members find a sense of clarity with respect to their organizational identity. The model suggests that it is senior leaders who respond to the sensegiving imperative by offering either new meanings to support existing labels or by transforming labels to describe the organization (Corley & Gioia, 2004).

The duality of organizational identity revealed by Gioia et al. (2000) has since been used by Ravasi and Schultz (2006) and conceptualized as two distinct, yet complementary, ways of understanding identity. The first, the social actor perspective, asserts that identity

lies in institutional claims about what is central, distinctive and enduring in the organization. It focuses on labels and their tendency to endure over time. The second, the social construction perspective, asserts that identity lies in shared understandings of what is perceived by members to be central, distinctive and relatively enduring in the organization. Unlike the previous perspective, this one focuses on the meanings constructed by actors and their periodic renegotiation. Ravasi and Schultz (2006) argue that, far from being opposed, these perspectives are complementary aspects of the same phenomenon. This argument is expanded by Gioia et al. (2010), for whom the two perspectives are neither opposed nor complementary, but rather mutually constitutive. In sum, these works provide solid empirical support for conceptualizing organizational identity in terms of both labels and meanings.

Recent work by Gioia et al. (2010) contributes to our understanding of organizational identity by focusing not only on its change process, but also on the identity formation process in a new organization. They list eight processes, aggregated in three dimensions: discursive, cognitive and action-oriented. These dimensions are necessary for an identity to develop. The discursive and cognitive dimensions include processes that unfold sequentially, while the action-oriented dimension comprises recurrent processes that continue throughout the progression of identity formation. By articulating these three dimensions within a single model, the authors go beyond the tendency to approach identity as an essentially cognitive and/or discursive phenomenon, and neglect its action-oriented dimension. Indeed, to date, few authors have attempted to understand how organizational identity is created, maintained and transformed through the work activities of an organization's members. Thus, our current understanding of organizational identity dynamics minimizes the potentially decisive influence of the operators' work, particularly in a professional context.

This concern is voiced in recent work. For example, Alvesson and Empsons' (2008) study on identity construction in four consulting firms shows that professional work is a key dimension in the construction of an enduring and distinctive identity. Thus capturing

the process of organizational identity construction necessarily requires an interest in "what we do as an organization" – especially in "what we know" and "how we work." The study of Nag et al. (2007) on the strategic transformation of a high-technology R&D organization represents a step in this direction. It showed that the members' use of knowledge in their daily work was closely linked to the collective understanding that they forged of their organizational identity. Organizational identity takes a resolutely action-oriented flavor as it is closely related to work practices (Nag et al., 2007). But how is organizational identity constructed when collective practices remain undefined, as is the case in a new organization?

The organizational sensemaking perspective

The sensemaking perspective helps answer this question by integrating the various elements that emerged from our literature review on the construction of organizational identity. In recent years, sensemaking has frequently been used to analyze changes in organizational identity, often in contexts where leaders are engaged in an intentional effort toward strategic change (Gioia & Corley, 2004; Fiol, 2002; Chittipeddi & Gioia, 1991; Gioia & Thomas, 1996).

Sensemaking is primarily concerned with the interaction between action and interpretation (Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). It is defined as a social process of (re)constructing meanings that enables individuals who are interacting with each other to interpret their world and act collectively (Rouleau & Balogun, 2008; Weick, 1995, 2001, Weick, et al., 2005). According to Weick, the essence of the sensemaking process is summarized in the following sentence: how can I know what I think until I see what I say? (Weick, 1995, 2001, Weick, et al., 2005). This "generic sensemaking recipe" articulates the seven properties of sensemaking: social, ongoing, retrospective, grounded in (individual) identity, driven by plausibility rather than accuracy, focused on and by extracted cues, and enactive of environments.

These last two properties deserve special attention. The first refers to the surprising and unexpected situations that lead individuals to selectively focus their attention on certain events. Information extracted from the flow of events becomes cues that guide the construction of new meanings and has the potential to restore a sense of order, clarity and rationality. Enactment is the second property particularly relevant to our research. To enact means, literally, to put meanings into action. The generic sensemaking recipe captures this idea by stating that it is through the action of *saying* that individuals are able to *see* what they *think* (Weick, 1995, p. 30). By enacting their environment, they then contribute to creating the object of their observation. The enacted environment, in return, will be there for the noticing of cues, serving as a constraint and opportunity for further action.

Organizational identity construction can be seen as a sensemaking process through which an organization's members develop a collective representation of what they believe is central and distinctive about their organization. Sensemaking properties also characterize this process. The following variant of the generic sensemaking recipe illustrates this: how can we know who we are until we see what we do? This phrasing emphasizes that it is by seeing what they do that members understand who they are and enact their identity. In return, this enacted identity shapes the selection of information, thereby facilitating and constraining their actions in the future. Capturing the identity construction process, therefore, requires that we examine the construction process of collective action. This has the advantage of recognizing that organizational identity affects and is affected by actors' work practices (Nag et al., 2007). While organizational identity is composed of both labels and meanings (Gioia, et al., 2000), it is in collective action that these labels and their meanings are negotiated, rooted and transformed.

Analytical framework

We developed an analytical framework of the organizational identity construction process based on our literature review (Figure 1).

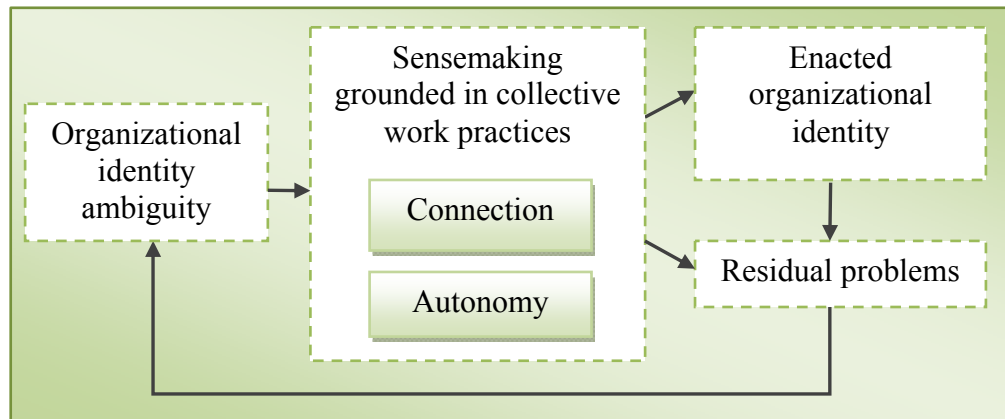


Figure 7-1 : Analytical framework for the identity construction process

As a sensemaking process, the construction of organizational identity is seen as unfolding through a series of identity constructing loops. The first element of the framework is identity ambiguity. In a new organization, significant ambiguity is expected as the labels that reflect identity can be vague or subject to multiple plausible interpretations. From the sensemaking perspective, the presence of identity ambiguity creates circumstances in which one would expect the greatest degree of sensemaking efforts. The experience of ambiguity is likely to lead individuals to bracket a portion of that experience and to extract cues to fuel the sensemaking process. This is the second element of the framework. In a professional context, operators' sensemaking efforts are likely to have a decisive impact on the negotiation of a collective definition of "who we are as an organization". Our framework therefore conceptualizes work practices as a key component of the identity construction process. This is consistent with our version of the generic sensemaking recipe: it is after seeing what they do that organizational members begin to know who they are. Furthermore, these practices will be geared towards ensuring the connection or autonomy of elements found within the borders of the organization and in relation to the environment. The third and final element of our framework is the enacted identity emerging from each sensemaking episode, which is both a constraint and an

opportunity for future actions. These circumstances could fuel additional areas of ambiguity through experiences of residual problems and generate a new cycle of organizational identity construction.

7.4 Research context

Our study examined a health care organization founded in 2001. Three features distinguish this research context. The first relates to the project's origin, which was a clinical problem: the inability of existing services to meet the needs of individuals with mental health and substance abuse disorders. At the time, services for this clientele were often offered sequentially or independently of each other due to the separation of mandates in psychiatry and addiction (Mercier & Beaucage, 1997; Mueser, et al., 2003). Research in the early 90s, however, suggested that treatment would be more successful if both problems were addressed in an integrated manner (Drake, et al., 1998; RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999; Siegfried, 1998). The new organization was to explore new models of integrated care for this clientele and, ultimately, help bring the two fields closer together.

The second relevant feature is that two organizations were involved in creating the new organization: a psychiatric hospital (PH) and a drug rehabilitation center (DRC). The coming together of senior leaders from these two organizations was orchestrated by a psychiatrist connected to both establishments. The inter-organizational arrangement between PH and DRC resulted in a joint venture: the Dual Diagnosis Clinic (DDC). The project relied on three sources of funding: a regional authority and the two parent organizations (PH and DRC). An important part of the financial contribution of the latter took the form of employee lending, such that all staff transferred to DDC (10 individuals) remained attached to either PH or DRC. These transfers were all voluntary. The joint venture also relied on the principle of equal division of influence between the two parent organizations. This principle is evident in the agreed upon management arrangements. At the strategic level, they created a joint committee composed of an equal number of senior

leaders from PH and DRC, while at the operational level, they set up co-management with an administrator from DRC and a medical chief from PH.

The third feature relevant to our study is DDC's mandate as a tertiary care facility providing highly specialized services in response to referrals from partner organizations. These partners included various regional hospitals and drug rehabilitation centers, and PH and DRC. The tertiary care mandate also included conducting research and teaching. These activities were seen as guaranteeing the development and dissemination of the innovative practices that had been expected of DDC.

These three features created a complex organizational context within DDC. The first level of complexity is related to the structural framework: the dual relationship between DDC and PH/DRC: on the one hand, DDC was dependent on the parent organizations for access to, and stabilization of, resources, while on the other hand it was to some degree independent given that it also answered to other partners. Such duality is likely to generate tension and ambiguity. The second level of complexity is related to service production. First, DDC provided tertiary care that complemented the services offered by its partners. This is uncommon in psychiatry, even more so in addiction services. Furthermore, knowledge about what constitutes the optimal treatment for dual diagnosis is still lacking, and so deploying the necessary means to achieve this is problematic. Finally, relations between the two fields has traditionally been tainted with mistrust, which could complicate efforts at close collaboration. As DDC aspired to become a leader in the field of dual diagnosis, the development of its organizational identity was crucial.

7.5 Methods

This article draws on a longitudinal case study of DDC at the time of its inauguration (late 2001) up to mid-2009. We used qualitative methods, which are appropriate for understanding a phenomenon from the perspective of the individuals participating in its creation; that is, through their representations, their language and their

intentions (Allard-Poesi & Maréchal, 2007). The study took the form of a processual analysis – an analysis of the sequence of events as they unfold over time, in context (Pettigrew, 1997).

We collected data using three techniques: individual semi-structured interviews, observations and document analysis. Interviews were the primary data source. In total, we conducted 34 interviews with 23 different informants (Table 7-1). Fifteen interviews were conducted in 2006 for a previous study which involved the authors of this article, and 19 interviews were conducted in 2009. For both series of interviews, we solicited the participation of all DDC members. In 2009, we interviewed those who had left the organization. This explains, for example, why three managers were interviewed that year, whereas only one person at a time could hold the position of manager.

During the interviews, we asked members about their current views of DDC, how these were similar or different from what they had expected, and their perception of the direction in which DDC was evolving. We also asked members about their relationships with patients and partners; the significant events of organizational life and their perceived impact; and the difficulties they had expected and then actually faced in trying to implement integrated services. In addition to providing real-time data, we asked the interviewees to describe past events in order to provide us with retrospective information. Finally, we interviewed key people in the partner organizations in order to obtain contextual data. The mean interview duration was approximately 1 hour. With the participants' consent, the interviews were recorded and transcribed.

We also made non-participant observations in 2006 and 2009 at clinical/administrative meetings attended by all DDC staff. These observations totaled more than 20 hours. Final additions to the corpus were clinical and administrative documents: clinical protocols, meeting minutes, formal agreements, internal communications and annual reports. All of this material was imported into qualitative data analysis software for processing.

Table 7-1 : Quantitative details for interview data

	2006	2009
Informants from the organization	N	N
Manager	3	1
Manager		1
Manager		1
Medical director	1	1
Neuropsychologist	1	1
Neuropsychologist		1
Nurse	1	1
Occupational therapist	1	1
Psychiatrist		1
Psychiatrist	2	1
Psychiatrist		1
Psychiatrist		1
Psychoeducator	1	1
Psychologist	1	1
Social worker		1
Social worker		1
Informants from partner organizations		
From the psychiatric hospital		
-Top manager	1	1
From the drug rehabilitation center		
-2 top managers (interviewed together)	1	
-Top manager		1
-Middle manager	1	
-Middle manager	1	
From a community center		
-Middle manager		1

We analyzed the data using qualitative techniques. Each step was thoroughly discussed among the authors. We first used a temporal bracketing strategy (Langley, 1999) to divide the study period into sub-periods. The key events used to delineate these sub-periods ended up being the departure of various members of management. From the informants' perspective, these departures were important events due to their disruptive

impact on organizational life. The periods defined by these events were eventually considered as successive phases of identity construction.

The second step was undertaking a second reading of the entire corpus in order to identify the major labels used to express DDC's identity. We identified two labels, which we detail in the results section. We then proceeded with the descriptive coding. For this third step, we reviewed the interviews in search of elements related to our analytical framework: shared understandings associated with the identity labels, experiences of identity ambiguity reported by members (e.g., contradictions, paradoxes, confusion) and coupling practices (connection-oriented and autonomy-oriented), as well as their impact on the future of the organization. We used this information to construct time-ordered matrices (Miles & Huberman, 1994), from which we extracted a detailed account of the identity-construction process. We then completed and nuanced this account based on the observation notes and documents collected. This narrative strategy (Langley, 1999) allowed us to distinguish different patterns within the three phases of identity construction. The final step in our methodology was giving three members of the organization a copy of our preliminary analysis and discussing the results with the entire team. Their feedback confirmed the accuracy of our analysis of the situation.

7.6 Results

Two labels characterizing the expected identity of DDC were present from the beginning. The first is *partnership between PH and DRC*. It represents the portion of the identity that is linked to the structural framework. The second label is situated at the level of service production: *tertiary care clinic offering integrated addiction and mental health (AMH) services*. Both of these labels remained predominant during the first 8 years of DDC, in both official discourse and informal conversation. For example, these words were used to introduce DDC in official documents announcing its inauguration, as well as in official documents that followed. These labels were also used by members when interviewed about "who they are as an organization" at various times during the data

collection process. However, regardless of the continuity in labels, our results show an evolution in the meanings underlying both labels. Table 7-2 provides a synthesis of this evolution. It is important to remember that the renegotiation of the meanings of these two labels is part of a larger process of identity construction. This distinction is useful since it allows us to differentiate more specifically what is related to the structural aspects of DDC (label 1) and what is related to its service production (label 2).

We now detail the successive cycles in the process of organizational identity construction as revealed in our study. Our description comprises three analytical phases, which are each described using the dimensions of our analytical framework (Figure 1), first with respect to label 1 (*partnership between PH and DRC*) and then to label 2 (*tertiary care clinic offering AMH services*). We conclude our analysis of each phase with a summary of the major turning points from an analytical standpoint.

Table 7-2 : Collective meanings associated with each label for each identity construction phase

PHASE 1 (11/2001 to 04/2004)	PHASE 2 (04/2004 to 09/2006)	PHASE 3 (09/2006 to 07/2009)
Start-up and expansion	Stabilization of previous gains	Weakening of DDC's foundations
LABEL 1: Partnership between a psychiatric hospital (PH) and a drug rehabilitation center (DRC)		
Meeting of two different cultures	An entity attached to both parent organizations and seen as a distinct organization	An entity at the mercy of both parent organizations
LABEL 2: Tertiary care clinic for integrated addiction and mental health (AMH) services		
<p><u>WHO WE ARE:</u> Innovative services stemming from psychiatry and addiction professionals' efforts to integrate their practices</p> <p>A leader in specialized knowledge transfer</p> <p>A knowledge producer in dual diagnosis</p>	<p><u>WHO WE ARE:</u> Integrated services (thus innovative) for 2 clientele based on psychiatric diagnosis: psychotic disorders and personality disorders</p> <p>A leader in specialized knowledge transfer</p> <p><u>WHO WE SHOULD BE:</u> A knowledge producer in dual diagnosis</p>	<p><u>WHO WE ARE:</u> Different integrated services for 3 different clientele based on psychiatric diagnosis: psychotic disorders, personality disorders and complex disorders</p> <p><u>WHO WE SHOULD BE:</u> A leader in specialized knowledge transfer</p> <p>A knowledge producer in dual diagnosis</p>

7.6.1 PHASE 1: Start-up and expansion (11/2001 to 04/2004)

The first phase of our analysis begins at the inauguration of DDC in November 2001 and ends two and a half years later. This was the start-up and expansion period during which the project came to life. What was initially a tiny seed in the mind of its founder sprouted and grew into an organization with responsibilities shared by a team of eight professionals, a secretary and a manager.

Label 1 – In terms of the structural framework, what did it mean to be a *partnership between PH and DRC*? This question is central considering that ties between the two fields (mental health and addiction) were almost inexistent at the time and mistrust was prevalent. Although the inter-organizational arrangement at the origin of DDC was built on the notion of an equal influence from the two parent organizations, what did this mean, in concrete terms, for DDC? More specifically, what levels of dependency and autonomy did it mean for DDC? Ambiguity was evident early on when conflict arose between individuals with different affiliations working together on clinical teams and in the joint committee.

For the duo who led DDC – the manager and the medical chief (who was also the founder) – the challenge was to develop sufficient autonomy to be able to meet their mandate and acquire legitimacy in the eyes of each parent organization. Consequently, connection-oriented and autonomy-oriented practices between DDC and its parent organizations were important. We distinguished two types of connection-oriented practices in this phase. The first is information sharing with PH/DRC, as the statutory meetings of joint committee members illustrate:

Currently, we meet about once a month, and I think it's important. Especially in terms of DDC's orientation; there are things that are challenged and it allows me to communicate directly and openly to the hierarchy, to say how things are going (Manager, DDC).

This quote shows the contribution of these practices toward developing a common strategic vision. The other type of connection-oriented practice was preserving links with both parent organizations by accommodating their administrative requirements. For example, DDC's leaders tried to respect the policies and procedures specific to each parent organization, despite the fact they were sometimes poorly aligned with each other and caused additional work.

We also observed two main autonomy-oriented practices within DDC. The first was creating leeway with PH/DRC. For example, negotiations were undertaken to harmonize the requirements of PH and DRC with respect to DDC, and to establish organizational procedures specific to DDC and aligned with its mandate of tertiary care. The second type of practice revolved around gaining independent legitimacy from PH and DRC. For example, DDC presented and promoted itself to potential partners, and entered a prestigious national competition for innovation, which it won in 2003.

So under the leadership of its co-leaders, the meaning associated with being a *partnership between PH and DRC* centered around the meeting of two cultures: on the one hand, the culture of medicine, valuing the biological dimension of health problems and, on the other hand, the culture of rehabilitation, much less hierarchical and valuing the psychosocial dimension of health problems. As several informants related to us, DDC was:

... a marriage between two completely different worlds. (Professional, DDC)

... two entities, two strengths that are beginning to work with each other. (Manager, DDC)

... two cultures: a culture of rehabilitation and a medical culture. (Director, PH)

Our analysis shows that this way of interpreting the label favored seeing conflicts between PH and DRC as manifestations of cultural differences that needed to be overcome and replaced by something new. However, it seemed that this challenge was easier to meet

in the clinical arena than at the strategic level. As mentioned by a director serving on the joint committee:

I've had discussions with [a Director of PH] where we agreed that it's so much easier for them [DDC professionals] than it is for us. They have the patient in front of them, they are patient-centered, whereas us, although we're not totally disconnected from patients' needs, it's a more distal concern. Our main concern is for both institutions to be on the same page, to be equal. This is an important concern because we are accountable to our superiors.

This created a paradox for DDC. In essence, DDC had to adopt a "chameleon" identity in order to achieve legitimacy in the eyes of both parent organizations, and to ensure each parent organization recognize the elements reflecting its own distinctive culture. However, to meet its mandate, DDC was required to do things differently, which meant going beyond the traditional ways of functioning specific to each sector. Our analysis shows that far from resolving itself over time, this paradox remained, even though it was sometimes less prominent, depending on the circumstances.

Label 2 – In terms of service production, what did it mean to be a *tertiary care clinic offering AMH services*? More specifically, what services did they think should be offered and how should they proceed? These questions delineated a significant ambiguous zone for DDC's professionals. Among the staff, only the founder had extensive knowledge and substantial experience in the type of services expected to distinguish DDC from other organizations. Consequently, the acquisition of collective expertise in addiction and mental health was a central challenge.

Connection-oriented practices between organizational members were very common in Phase 1 – particularly the acquiring and sharing of knowledge and expertise. For example, under the leadership of the founder, professionals participated collectively in intensive training. Also, weekly meetings were held to discuss clinical and administrative issues. We also observed autonomy-oriented practices, particularly those specializing in services based on the needs of their clientele. For instance, professionals developed and

tried out innovative intervention strategies tailored to the needs of two specific groups: psychotic disorders and personality disorders. Two clinical teams were constituted based on the individual preferences of the professionals, although DDC's manager made sure that professionals from PH and DRC were matched in each team.

In response to the initial ambiguity observed, members defined what was central and distinctive to DDC along three axes: provision of clinical services, knowledge dissemination and research. These three identity axes are directly linked to the three components of DDC's official mandate. For the first axis (provision of clinical services), our analysis shows an identity construction oriented toward finding innovative ways to integrate AMH best practices. Being a tertiary care clinic meant offering innovative clinical services beyond those being offered by partners.

We have to respond in a way that is different from secondary care services.
(Professional, DDC)

We have to be careful not to duplicate services. (Manager, DDC)

Knowledge dissemination represents the second identity axis linked to service production. This aspect was particularly strong during the first phase. DDC took advantage of every possible opportunity to disseminate knowledge and awareness of DDC to a wider audience. Being a tertiary care clinic meant being a leader in the expanding field of dual diagnosis. All of the professionals were actively involved in these activities, which fostered their sense of belonging to DDC.

Research is the third identity axis. The founder single headedly embodied this aspect by moving his research activities to DDC and by securing collaborative agreements with pharmaceutical companies to fund new projects. Being a tertiary care clinic meant generating new knowledge, and research was one means to achieve this.

It goes with the tertiary care method: innovation, super-specialization, exploring new avenues, and new approaches. (Manager, DDC)

However, this first phase of identity construction in terms of service production generated some residual problems, particularly with respect to the provision of clinical services, and perpetuated identity ambiguity. Our analysis reveals that there were three interconnected problems. The first was developing a treatment program for two different clienteles, which required the capacity to recruit a sufficient number of patients in two disorder sub-groups (psychotic disorders and personality disorders). This led to the problem of obtaining a critical mass of patients; to do so they had to loosen their selection criteria. For example, patients were accepted even if their health condition was not as severe as would be expected for tertiary care. The third problem was that at the outset, partners sought to use DDC's services differently according to their field. For example, addiction partners found that DDC gave them easy access to psychiatric expertise that they may have been lacking, mainly for patients with a personality disorder. Mental health partners tended to see DDC as a team that could take over the complete management of patients, especially those with a psychotic disorder. However, the partners' expectations were not in line with what DDC was attempting to establish: a multidisciplinary intervention dispensed in collaboration with a referring team that was expected to remain involved. Because of the loose application of selection criteria that were observed right from the beginning, these divergent referral patterns continued to occur. Consequently, the two programs emerged from different bases and were relatively independently of one another. This resulted in ambiguity as to what it meant to be a *tertiary care clinic offering AMH services* (label 2). This ambiguity was mainly felt by DDC's leaders:

DDC's mission was to provide integrated care and services, throughout the whole clinic. But I felt like I was dealing with two clinics within a clinic. (Manager, DDC)

Actions were undertaken toward the end of Phase 1 to respond to this ambiguity. They were designed to formalize and standardize the role of DDC as well as the roles of their partners and other professionals in addiction services and mental health. The actions centered around defining the admission criteria, adding a triage function to the position of

liaison nurse and developing a modality for justifying refusals. The process of identity construction, however, was shaken by a major disturbance: the death of DDC's founder.

Summarizing Phase 1: Enacting the founder's vision

We have named this phase "enacting the founder's vision" to emphasize that from the beginning, the organizational members used labels that identified the expected identity of DDC, labels to which they consequently gave life. Despite the daily presence of the founder, the meaning underlying these labels remained unclear, which generated identity ambiguity. The members' sensemaking efforts resulted first in connection-oriented practices: the connection they wanted to emphasize between PH and DRC, the connections they wanted to establish between DDC and other partners, and the connections they wanted to create between professionals. Since these practices did not encounter major obstacles, the various connections created represented a central aspect of DDC's initial identity construction. Autonomy-oriented practices were also observed, but they were less important.

In terms of structural framework, DDC's members enacted an identity whose distinctiveness was housed in the links connecting them to their environment. This strengthening of connection to the detriment of autonomy helped create a "chameleon" identity that was malleable enough to accommodate the expectations of partners. In terms of service production, the enacted identity corresponded closely to the expected identity expressed in three axes: provision of clinical services, knowledge dissemination and research. Our analysis shows a partial balance between connections linking together all members of the organization and those linking professionals within the two production units, which served to prevent the enactment of a fragmented identity. In short, during Phase 1, the process of identity construction was very active and guided by the vision of the founder, who was fully invested in the process. However it also created new sources of ambiguity that set the tone for subsequent phases of identity construction.

7.6.2 PHASE 2 : Stabilization of previous gains (04/2004 to 09/2006)

The second phase of our analysis begins with the death of DDC's founder and continues for the next two and a half years. This period was generally characterized by a stabilization of the gains made during the previous period. It began, however, under very difficult conditions. The tragic death of the founder was a major disruption to DDC and a source of significant ambiguity: could DDC survive?

Label 1 – In terms of structural framework, the DDC teams' fears focused on the reaction of PH and DRC: would they maintain their support for DDC? More fundamentally, what would the partnership between the two rival organizations mean once the person embodying the ideal of collaboration behind those two organizations was no longer there? Fears were high. As explained by the manager:

So many fatalistic things were said among team members: [name of the founder] has died, the clinic is going to die, it's all over. (Manager, DDC)

Our analysis shows that faced with this ambiguity, the process of identity construction moved toward the support of both parent organizations and the stabilization of DDC's relative autonomy. To maintain the support of PH and DRC, the previously observed connection-oriented practices were maintained. Thus, sustained information sharing with PH and DRC was crucial initially to facilitating the transition and allaying fears. It remained present thereafter, albeit less prominently. The practice of preserving links with each parent organization by accommodating their administrative demands also continued. This is explained by the limited impact of the negotiations in the previous phase to better align parent organization requirements with the needs of DDC. The following quote illustrates this accommodation:

I always get things twice, as I have the protocols and procedures of DRC and the protocols and procedures for PH. Each parent organization will demand that their employees comply with the protocols and procedures related to their establishment. They are not that different, although sometimes the details are (Manager, DDC)

Concurrently, efforts to strengthen DDC's relative autonomy decreased. Efforts to gain independence and legitimacy from the parent organizations were limited by the lack of medical resources available after the founder's death. The practices related to creating leeway with PH and DRC that we observed in Phase 1 also decreased. For example, direct negotiation with PH and DRC to harmonize their administrative requirements gave way to DDC's stabilization of its own tools (e.g., activity reports) to reflect its own particular mission. However, these tools did not replace those required by PH and DRC.

Thus, at the end of this eventful second phase, the identity of DDC as a *partnership between PH and DRC* (label 1) was an entity attached to both parent organizations, yet also a recognized distinct entity. As summarized by two managers:

For PH and DRC, it is one of their programs. It's a joint venture. (Director, DRC)

DDC has built its own identity; we have become a separate entity. We represent the concrete junction, the successful combination of rehabilitation and psychiatry. (Manager, DDC)

However, although DDC was a separate organizational unit for each parent organization, it was also a unit that each parent organization defined vaguely and in different terms. Because of the stable context in which DDC found itself at the end of Phase 2, this difference was not immediately apparent. Nevertheless, some organizational members considered it to be a potential threat:

One thing that does not seem very favorable is that we are everywhere and nowhere in the structure of both organizations. And there are the upcoming reforms within DRC and PH, but we are nowhere in those charts. (Professional, DDC)

Label 2 – The death of the founder raised additional concerns in terms of service production. Fear tainted their confidence in their collective ability to survive and still embody the label of *tertiary care clinic offering AMH services*, as illustrated by this quote:

There was also this anxiety when the man who had it all in his heart, in his head, left us. We then thought: can we really continue his mandate, his mission? Those moments were intense... Afterwards, it was about finding who would be able to take over, to give the same energy and commitment. (Professional, DDC)

In this context, the first challenge was to avoid the collapse of DDC, a real threat in the eyes of the professionals for whom the founder was a visionary and an incomparable leader. We observed connection-oriented practices among the organization's members, particularly those aimed at symbolically maintaining the presence of the founder. For example, his office remained vacant for a long period despite the lack of working space. Also, in the months following his death, the founder's picture was posted at DDC's entrance. The Manager stated:

He is the founder, everyone must be aware of it, it has to be clear. [The photo] was significant in overcoming the challenges toward recognition and sustainability, and I also thought it was important for the teams' spiritual and moral guidance.

This collective "mourning" had the effect of prolonging the decline in activity that had already been noted following the announcement of the founder's illness the previous year. With regard to the provision of clinical services, the professionals worked hard to consolidate the two treatment programs that had been developed in the previous phase (specialization of services). This was an opportunity to reinforce professional connections, particularly within each team. Thus, connection-oriented practices such as the sharing of knowledge and expertise were perpetuated, but with a change in focus: while in Phase 1, they leaned toward connections between all professionals, now they shifted to connections within teams. Opportunities to collectively discuss clinical and administrative issues concerning the entire DDC were still present, but they gradually became of secondary importance. Knowledge dissemination activities were part of this gradual lessening of priorities. In fact, right after the founder's death, knowledge dissemination activities were limited. Subsequently, only physicians held such activities, thereby reducing opportunities for interactions between professionals. Regarding research, all activities eventually ceased

after the founder's death because he had been the only one assuming leadership in this sector.

Due to all of these effects, the collective meaning of being a *tertiary care clinic offering AMH services* (label 2) became fragmented twice over. First, it started to initially decline on two levels: at an actual level ("who we are"), which encompasses the "provision of clinical services" and "knowledge dissemination" axes, and at an expected level ("who we should be"), which encompasses the "research" axis. For members of DDC, particularly professionals, the provision of clinical services was, nevertheless, the dominant axis because most of their time was now invested in one of two treatment programs. The second level of fragmentation lies here. For professionals, being a *tertiary care clinic offering AMH services* now meant offering different integrated services (therefore innovative), as they were intended for one of two prioritized clientele.

Our analysis reveals that at the end of this second phase, additional problems fuelled new areas of identity ambiguity. These problems arose as a result of changes in DDC's environment, including the progressive increase of integrated services by partners. In a situation of limited resources, some partners seized this opportunity to challenge DDC's status, vindicating a tertiary care status for themselves (and the money accompanying this status) since they offered partially integrated services. DDC's members generally felt that these claims were unfounded attacks that threatened their identity because it involved their most distinctive characteristic. The following quote from a DDC member is a perfect illustration of this:

There were some who began to claim they were experts too, saying about us: "Who do they think they are? Hey, we offer integrated care too." No they don't! Yes, they see psychiatric patients with substance abuse problems, but integrated care goes way beyond that! (Manager, DDC)

However, DDC found it difficult to defend its distinctiveness as a tertiary care clinic: it could not assert its identity as a knowledge producer (research axis) other than at an expected level. Without knowledge production, its identity as a knowledge

dissemination leader was diminished. Thus, without any expertise or particular interest in research, members found themselves having to constantly invest in the provision of clinical services and gradually neglect the rest. This shift widened the gap between "who we are" and "who we should be"; feeding the ambiguity of what it means to be a *tertiary care clinic offering AMH services* (label 2).

Summarizing Phase 2: Saving what can be saved

The term "saving what can be saved" translates both the idea of precariousness and that of preserving the gains realized in Phase 2. DDC's identity was strongly shaken not only by the tragic loss of its founder, but also by the residual problems generated in Phase 1. Accordingly, identity ambiguity was at its height early in Phase 2. In addition, members' sensemaking efforts were subject to significant contingencies like a lack of resources and expertise among members, which was needed to completely update "who we should be" (e.g., knowledge dissemination, research). Faced with these threats to their identity, members' sensemaking efforts led to connection-oriented practices between professionals within the two production units in an effort to stabilize what had been gained. Consequently, we observed a relative reduction in connection-oriented practices with the environment.

The enacted identity in terms of structural framework retained the vagueness and ambiguity acquired in Phase 1 ("chameleon" identity). The precariousness brought on by the founder's death also contributed to highlighting DDC's dual belonging in terms of identity. In light of DDC's limited ability to gain autonomy from its parent organizations, this interpretation of the label appeared to be an acceptable compromise for the members. In terms of service production, the balance observed in Phase 1 appeared to be on the brink of collapse. A first level of fragmentation resulted from both the fragility of the connection-oriented practices between all DDC members and the accentuation of autonomy-oriented practices of each production unit. A second level of fragmentation also appeared between "who we are" and "who we should be". These redefinitions of identity negatively impacted

DDC's ability to assert its centrality and distinctiveness in relation to its environment, and perpetuated identity ambiguity.

7.6.3 PHASE 3 : Weakening of DDC's foundations (09/2006 to 07/2009)

The last phase of our analysis begins with the departure of one of DDC's pioneers, its manager, and ends three years later. His departure coincided with an intensification of preparations observed in PH for a major structural change. This resulted in a serious impact on DDC's identity. This third period is thus characterized by a weakening of DDC's foundations.

Label 1 – In terms of structural framework, this phase prompted the organization's members to redefine the meaning of being a *partnership between PH and DRC*. Our analysis reveals that the structural reorganization of PH triggered this. At first, DDC's members saw this as an opportunity to access the additional resources needed to meet their mandate and defend the distinctiveness of their identity. This was accompanied by an accentuation of connection-oriented practices with PH. For example, efforts were made to better integrate the services offered by DDC in descriptions presented in PH documents explaining the new structure of PH. In doing so, DDC's team defined itself by prioritizing its proximity to PH and relegating to second place its specificity as an organization born of a partnership. This happened during a time of significant administrative changes. Since mid-2006, there had been two different managers and a third one had just taken over. These changes led to diminished information-sharing practices between directors because of a lack of familiarity with current dynamics. However, the initial concern that "*both institutions be on the same page, be equal*" was still present at the strategic level and it was felt strongly by DRC. As mentioned by a PH director on the topic of one of the documents produced:

When the directors of DRC read this, they said, "We do not agree with it because when it comes to the goal, it is PH's goal which serves as a basis for all documents, and we do not see ourselves in the documents, we only see

PH". They were right. It was as if we had taken something from them, that we were not considering them.

This had the effect of increasing tensions between the two parent organizations and to the shelving of development projects at DDC. These tensions created a sense of powerlessness among DDC's members and a pessimistic redefinition of what it meant for them to be a *partnership between PH and DRC*. As explained by two professionals at DDC:

They don't really have common goals because everyone defends their own interests. We feel like hostages.

There's something about the agendas of both organizations not being exactly compatible and what they expect from us is different. It is reflected in their priorities, what they want to support and what they won't.

In sum, at the end of Phase 3, *being a partnership between PH and DRC* (label 1) meant being an organizational unit at the mercy of both parent organizations to which DDC remained attached.

It is as if we were in a vacant lot ... it seemed we were being undermined from below, like we were in quicksand. (Professional, DDC).

These precarious conditions appeared to be closely related to the disengagement of several DDC members that occurred at the end of phase 3, and the ensuing high staff turnover.

Label 2 – What did it mean to be a *tertiary care clinic offering AMH services* in such a turbulent period? Our analysis shows that in terms of service production, this phase continued the trend observed in the previous phase. Thus, with respect to the provision of clinical services, autonomy-oriented practices leaned toward the specialization of services predominated. Particularly noteworthy is the emergence of a third program, for a clientele with complex disorders, for which the two existing programs did not seem appropriate. This evolution of services was followed by a tightening of links within each clinical team

and, in parallel, a gradual disappearance of opportunities for members of the three teams to interact on a regular basis. Connection-oriented practices such as acquiring and sharing knowledge and expertise continued but focused almost exclusively within each team.

Thus, for professionals in each program, providing integrated services now meant something different depending on the program. The difference was more noticeable between the first two programs and the last, as summarized by this professional:

There are some who see tertiary care as consultations. For instance, a team [outside DDC] encounters a problem – a patient who is acting out – so they send him to the complex disorders program for a consultation and then tell him to come back in 3 months. That's one way tertiary care works. Another way is much closer to that of the psychotic disorders team. That is to try to do integrated treatment in a comprehensive way. The treatment proposed by the previous clinical team didn't work? So now, the social worker involved will be part of our tertiary care team. And a psychiatrist who is an expert in concurrent disorders. (Professional, DDC)

For the two other identity axes, knowledge dissemination and research, our analysis reveals that they were both defined in expected terms ("what we should be"), emphasizing the trend observed in the previous phase.

The increased specialization of services observed during Phase 3 was not without additional problems in terms of identity. How could DDC be recognized by their partners if they did not have a common view about their role in tertiary care? Indeed, the specialization around three different clienteles lead to the coexistence of three different ways of defining "what we do as an organization" and, consequently, to defining "who we are as an organization". And each definition was accompanied by markedly different expectations toward the partners, leading to misunderstandings on the part of partners and disrupting, in turn, DDC members' understanding of what was distinctive and central to DDC.

Summarizing Phase 3: Trying to maintain distinctiveness in a hostile environment

This third phase of identity construction is paradoxical. In fact, DDC members' efforts to maintain and even enhance the distinctiveness of their identity led chiefly to a decrease in their partners' recognition of their specificity. This paradox emerged from the fact that the practices deployed by members to preserve DDC's distinctiveness did not take into account the potential dangers with regards to identity. Thus, in terms of structural framework, our analysis shows that members' sensemaking efforts resulted in connection-oriented practices with one parent at the expense of the other. In terms of service production, the autonomy-oriented practices of each unit predominated.

The enacted identity at the end of Phase 3 is fragile and fragmented. The fragility emerged from the crisis between PH and DRC, which reveals the vulnerability of having a dual belonging. Fragmentation was the result of the trend towards the specialization of clinical services in the absence of a unifying axis in terms of identity. At the end of this phase, the process of organizational identity construction was faced with significant ambiguity, having arrived at the doorstep of an impasse.

7.7 Discussion

Our study of the organizational identity construction process makes three main contributions. First, our results confirm the initial premise that identity ambiguity is a central and recurring element of the process. Ambiguity was the starting point of members' sensemaking efforts aimed at clarifying "who we are as an organization." However, despite such efforts, identity ambiguity was never fully resolved. Instead, it survived, manifesting itself in other forms and generating new issues.

These observations emphasize the relevance and originality of the framework that we have developed to analyze the process of identity construction. By conceptualizing this process as a sensemaking process, our framework articulates members' experiences around ambiguity using the different dimensions of identity construction: action-oriented (through connection- and autonomy-oriented practices), cognitive, and discursive (through identity

labels and the meaning underlying these labels). To our knowledge, these three dimensions have rarely been linked in a single analytical framework. Also, conceptualizing the process of organizational identity construction as a succession of loops reveals the sequence of moments through which the enacted identity reduces ambiguity but also generates residual problems that create new areas of ambiguity.

Our study provides a more nuanced portrait of the evolution of organizational identity than that currently presented in the literature. For example, Corley and Gioia (2004) and Clark, et al. (2010) observed a weakening of identity ambiguity and the subsequent emergence of a sense of clarity. The first reason for our different findings is that we studied the process of identity construction over a longer timeframe. Perhaps had we used a timeframe similar to that used in these studies, we would have observed more ambiguity resolution. Our findings are in line with the relatively recent trend in research that views ambiguity not as a transient organizational phenomenon to be solved, but as a persistent state (Alvesson, 2001; Robertson & Swan, 2003). In this perspective, *"irony, paradox, and contradiction are routine features of organizational life that attest to the fundamental irrationality of organizing"* (Trethewey & Ashcraft, 2004, p. 83).

A second possible explanation for such recurrent ambiguity can be found in the characteristics of our research context. The fact that this organization was a joint venture represents a significant departure from the organizational context of the merger studied by Clark et al. (2010), or the spin-off studied by Corley and Gioia (2004). One way to analyze these differences is to examine the logic underlying each context. According to Corley (2002), it would be "additive" for the merger because of the encounter between two potentially conflicting identities. For the spin-off, it would be "subtractive," characterized by ambiguity and lack of clarity in the identity of the new entity. For the joint venture, the prevailing logic seems to be "integrative" because it involves both subtractive aspects (activities not affiliated with the parent organizations) and additive aspects (creating a new entity). It would be a combination of the identity issues associated with the other two

logics, which may explain the more prominent role of identity ambiguity. We have tried to capture this reality with the expression "chameleon" identity.

We define "chameleon" identity as one whose identity labels and meanings are malleable enough to accommodate the conflicting expectations of the organization's different partners. In our study, the "chameleon" identity resulted from an environment characterized by significant and recurring identity ambiguity, fuelled by ambiguity triggers observed in the different phases of the identity construction process. Some of these triggers overlap with those identified by Corley and Gioia (2004): the sense of discrepancy between how members see their organization and how outsiders see their organization (construed external image discrepancy), or how they would like to be in the future (temporal identity discrepancy). We also observed another type of trigger: a discrepancy between how members think they are perceived by different outsiders (discrepancy between construed external images). Our results show that, rather than disappearing, these triggers tend to persist, highlighting identity ambiguity and contributing to the persistent enactment of the "chameleon" identity. Additional research is needed to explore these dynamics in other contexts and to deepen our understanding of the underlying mechanisms.

Our study's second contribution is that it empirically demonstrates that stability and change in organizational identity can coexist. We base this conclusion on two findings: DDC's labels endured even after the passing of their founder, and the meanings of labels fluctuated significantly over time. These findings suggest that the impetus provided by the founder rooted DDC's core identity, giving its identity some stability but not preventing its evolution over time. This co-existence of change and stability in organizational identity calls into question the previous assertion that organizational identity is constant, without excluding the idea of continuity (Albert & Whetten, 1985).

The consistency of labels observed in our study is nevertheless intriguing, especially given the significance of the ambiguity and its destabilizing effect on identity. For example, Corley and Gioia (2004) showed that one of the leader's responses when confronted with

identity ambiguity and the ensuing sensegiving imperative consisted in offering members a renewed vision of organizational labels in order to better describe the desired identity. This type of response is consistent with the adaptive instability model of Gioia et al. (2000), which postulates that the perception of a difference between identity ("who do we think we are?") and construed external image ("who do they think we are?") destabilizes organizational identity. This perceived difference forces top management to react by trying to change either aspects of identity or how partners perceive the organization. However, we did not detect these types of responses at DDC despite the constant sense of discrepancy. We interpret DDC's remaining attached to existing labels as an adaptive response: by reaffirming these labels, DDC was trying to convince partners that "this is who we really are". From a neo-institutional point of view, this behavior appears to be a strategy: using the cognitive pillar of the institutional field to advantageously position the organization and ensure its survival (Scott, 2001). Maintaining labels can also be seen as an adaptive reaction by the organization's member, a way of seeking stability during turbulent times. Such situations were common at DDC – for example, when its identity was increasingly expressed in an expected form. Maintaining labels represents members' sensemaking efforts to restore a sense of clarity about "who we are as an organization", although these efforts were not fully successful.

And finally, our study's third contribution is that it reveals the need to maintain a balance between connection-oriented and autonomy-oriented practices in order to build a strong organizational identity. This observation stems from the pattern of practices that our analysis identified. On the one hand, we observed a gradual weakening of connection-oriented practices, both between DDC and its partners, and between DDC's production units. On the other hand, we observed a gradual increase in autonomy-oriented practices between DDC's production units. This dynamic was the result of disruptive events (e.g., the death of the founder), and the repeated efforts at constructing meaning that they were forced to deploy in response. Our analysis indicates that the growing imbalance between the two types of practices was accompanied by a sense of insecurity on the part of the

organization's members with regard to "who we are as an organization," attesting to a gradual disintegration of organizational identity.

These observations represent a concrete illustration of the loose coupling dialectic discussed by Orton and Weick (1990). According to these authors, the usefulness of this concept lies in its ability to describe the dynamic and seemingly contradictory processes that permanently constitute the organizational reality. It is these dynamics that we have operationalized in our conceptualization of coupling practices as being geared towards connection and autonomy. The difficult balance between these practices is well illustrated by the paradox observed in Phase 3. Our results indicate that efforts to strengthen DDC's distinctiveness by relying primarily on autonomy-oriented practices at the expense of connection-oriented practices led to an overall decrease in the recognition of DDC's specificity by its partners.

In this regard, we may ask: Could maintaining a better balance between connection and autonomy within organizational boundaries have reduced the risk of identity fragmentation? Could a better balance of practices in relation to the environment have reduced the risk of identity collapse? These are unexplored questions that merit further investigation.

7.8 Conclusion

In a special issue of the *Academy of Management Review* in 2000, Gioia, Schultz and Corley argued that the notion of "identity of organizations" needs to be innovated (Pratt et al., 2000). More than a decade later, while significant contributions have been made to our understanding of the phenomenon, there has been little research on the identity construction process as it unfolds from the beginning in a new organization. Our study is a small step toward filling this gap.

Our study has several possible limitations. The first is the delayed access to the research site (DDC). Our data was collected a few years after DDC's inauguration. Had we obtained access to DDC earlier on, we would have been able to observe more thoroughly and in real time the preliminary phase of the organizational identity construction process. As it was, this initial period has been documented largely through retrospective data. However, we did take precautions to minimize the potential limitations of this approach (Miller, Cardinal, & Glick, 1997). For example, we multiplied the data collection techniques (interviews, observations, document analysis) and sought the participation of a maximum number of informants from this early period (from DDC and partner organizations). The fact that this is a single case study is not a limitation per se, although it does raise the issue of the transferability of results. According to Tsoukas (2009), small-N research designs provide a valuable theoretical contribution, helping to refine our conceptualization of general processes. It is less an analytical generalization than an analytical refinement that is sought. From this standpoint, our study of DDC's identity construction process was an opportunity to enhance current understanding of the phenomenon by showing how it grounds itself within the work practices of the organization's members in a professional context.

In conclusion, the goal of this study was to better understand how organizational identity is constructed in a professional context – in particular, in a health care organization. To do this, we examined the processes and practices through which an organization's members developed and adjusted their understanding over time of what they believed to be central and distinctive to their organization. Our results show that identity construction in a new organization cannot be taken for granted. Rather, it is a process that requires considerable effort and collaborative sensemaking on the part of all organization members in order to reduce identity ambiguity and develop a sense of clarity about "who we are as an organization".

7.9 References

Albert, S., & Whetten, D. A. (1985). Organizational identity. *Research in Organizational Behavior*, 7, 263-295.

Allard-Poesi, F., & Maréchal, C.-G. (2007). Construction de l'objet de la recherche. In R. A. Thiétart (Ed.), *Méthodes de recherche en management*, 3e édition Paris: Dunod.

Alvesson, M. (2001). Knowledge work: Ambiguity, image and identity. *Human Relations*, 54(7), 863-886.

Alvesson, M., & Empson, L. (2008). The construction of organizational identity: Comparative case studies of consulting firms. *Scandinavian Journal of Management*, 24(1), 1-16.

Alvesson, M., Lee Ashcraft, K., & Thomas, R. (2008). Identity matters: Reflections on the construction of identity scholarship in organization studies. *Organization*, 15(1), 5-28.

Clark, S. M., Gioia, D. A., Ketchen, D. J., & Thomas, J. B. (2010). Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger. *Administrative Science Quarterly*, 55(3), 397-438.

Corley, K. G. (2002). *Breaking Away: An Empirical Examination of How Organizational Identity Changes During a Spin-Off*. Unpublished dissertation, The Pennsylvania State University.

Corley, K. G., & Gioia, D. A. (2004). Identity ambiguity and change in the wake of a corporate spin-off. *Administrative Science Quarterly*, 49(2), 173-208.

Corley, K. G., Harquail, C. V., Pratt, M. G., Glynn, M. A., Fiol, C. M., & Hatch, M. J. (2006). Guiding organizational identity through aged adolescence. *Journal of Management Inquiry, 15*(2), 85-99.

Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations, 60*(1), 179-215.

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4), 589-608.

Fiol, C. M. (2002). Capitalizing on paradox: The role of language in transforming organizational identities. *Organization Science, 13*(6), 653-666.

Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal, 12*(6), 433-448.

Gioia, D. A., Price, K. N., Hamilton, A. L., & Thomas, J. B. (2010). Forging an identity: An insider-outsider study of processes involved in the formation of organizational identity. *Administrative Science Quarterly, 55*(1), 1-46.

Gioia, D. A., Schultz, M., & Corley, K. G. (2000). Organizational identity, image, and adaptive instability. *The Academy of Management Review, 25*(1), 63-81.

Gioia, D. A., & Thomas, J. B. (1996). Identity, image, and issue interpretation: Sensemaking during strategic change in academia. *Administrative Science Quarterly, 41*(3), 370-403.

Lamothe, L., & Dufour, Y. (2007). Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level. *Public Management Review, 9*(1), 67-85.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review, 24*(4), 691-710.

McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Process transformation: Limitations to radical organizational change within public service organizations. *Organization Studies*, 25(8), 1389-1412.

Mercier, C., & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Miller, C. C., Cardinal, L. B., & Glick, W. H. (1997). Retrospective reports in organizational research: A reexamination of recent evidence. *The Academy of Management Journal*, 40(1), 189-204.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.

Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27(3), 387-411.

Nag, R., Corley, K., & Gioia, D. (2007). The intersection of organizational identity, knowledge, and practice: Attempting strategic change via knowledge grafting. *Academy of Management Journal*, 50(4), 821-847.

Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15(2), 203-223.

Pettigrew, A. M. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337-348.

Pratt, M. G., Foreman, P. O., Scott, S. G., Lane, V. R., Gioia, D. A., Schultz, M., et al. (2000). Identity dialogues. *The Academy of Management Review*, 25(1), 141-152.

RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.

Ravasi, D., & Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: Exploring the role of organizational culture. *Academy of Management Journal*, 49(3), 433-458.

Robertson, M., & Swan, J. (2003). 'Control – what control?' Culture and ambiguity within a knowledge intensive firm. *Journal of Management Studies*, 40(4), 831-858.

Rouleau, L., & Balogun, J. (2008). *Exploring Middle Managers' Strategic Sensemaking Role through Practical Knowledge*. Montreal: Les cahiers de recherche du GéPS.

Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Siegfried, N. (1998). A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(5), 707-717.

Sylvain, C., & Lamothe, L. (2012). Sensemaking: A driving force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6).

Trethewey, A., & Ashcraft, K. L. (2004). Special Issue Introduction. *Journal of Applied Communication Research*, 32(2), 81-88.

Tsoukas, H. (2009). Craving for generality and small-N studies: A Wittgensteinian approach towards the epistemology of the particular in organization and management

studies. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Weick, K. E. (2001). *Making Sense of the Organization*. Malden, MA: Blackwell.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.

Chapitre 8 Dual Diagnosis Services : Toward a Better Understanding of Their Implementation (article 3)

Auteurs : Chantal Sylvain^{1,2}, Lise Lamothe^{1,3}

¹Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

²École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal

³Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, Montréal

Au moment du dépôt de la thèse, l'article avait été soumis et accepté avec modifications par la revue *Journal of Dual Diagnosis* pour le numéro spécial de février 2013 consacré à la mesure de la capacité organisationnelle relativement au traitement de la co-morbidité.

Reproduit avec la permission de Mme Stephanie C. Acquilano, rédactrice en chef du *Journal of Dual Diagnosis*.

8.1 Abstract

Objective: Over the past 15 years, considerable time and energy has been devoted to implementing integrated services for individuals with a dual diagnosis. While the key factors in the successful implementation of such services have been documented, applying them remains a challenge. What are we missing? In this article we attempt to answer this question by examining how implementation studies of integrated services have been carried out. The aim is to identify possible avenues for future implementation research.

Methods: We updated a recent literature review of published studies on service implementation. Articles written in English and addressing organizational level factors in integrated service implementation were included. The reviewed articles were categorized based on two aspects of their methodology: their approach to the implementation process (content or process centered) and their objective (descriptive or explanatory).

Results: In the 14 studies reviewed, we observed a tendency toward a content-centered approach with an explanatory objective. Studies that reflected this trend identified the most common determining factors in order to explain the level of implementation achieved within a given period of time. The level of implementation was usually assessed using a measure of practice fidelity to a given organizational model. These methodological choices raise several issues.

Conclusions: Research exploring the evolutive dynamics of implementation projects should be prioritized to counter the lack of knowledge on the subject. Such studies have the potential to greatly enhance our understanding as well as our capacity to master the implementation of integrated services.

Key words :

Integrated services, implementation, dual diagnosis, methods

8.2 Introduction

Mental health and substance abuse disorders are frequently diagnosed together. In the past 15 years, there has been growing evidence for the advantages of treating individuals with this dual diagnosis in an integrated way; that is, by treating both problems simultaneously while taking into account their mutual influences (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, & Bond, 1998; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008; RachBeisel, Scott, & Dixon, 1999; Rush, Fogg, Nadeau, & Furlong, 2008a; SAMSHA, 2002, Siegfried, 1998). At the clinical level, this has resulted in integrated services for screening, assessment and treatment.

Various organizational models have been developed in the wake of these different clinical developments. Some models propose that all patient services be provided in the same place by an integrated team of psychiatric and substance abuse professionals and other staff. The integrated dual diagnosis treatment (IDDT) is a good example of this (Drake et al., 2001). This *specialized model* is considered an evidence-based practice (EBP) for individuals struggling with the most serious disorders (Center for Substance Abuse Treatment, 2006, Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003). Other organizational models rely instead on functional integration, with professionals providing interwoven mental health and substance abuse interventions in either a common or separate setting. This *universal model* (Minkoff, 2007) requires that providers develop capacities to deal with dual diagnosis and mechanisms to ensure organized teamwork.

In recent years, numerous efforts have been devoted to implementing integrated services based on varying degrees of either one of these two organizational models. This has opened the door for an emergent field of research that focuses specifically on ways to achieve such implementation (Drake et al., 2001; Minkoff & Cline, 2004; Torrey et al., 2002). A recent review of the literature showed a convergence among factors found to be

associated with successful implantation. These key factors are: committed leaders, management of staff turnover, and financial, technical and political institutional support (Torrey, Tepper, & Greenwold, 2011). This literature review illustrates that these key factors are well known and documented. However, several actors in the field have observed that difficulties remain in our attempts to improve integration practices (Drake & Bond, 2010; Hogan, 2011). Furthermore, these difficulties seem to be more prevalent for integrated services than for other EBPs in mental health (McHugo et al., 2007). Why is it so difficult to implement integrated services? What is missing in our understanding of the phenomenon?

In this article, we attempt to answer these questions by looking closely at how the implementation of integrated services for dual diagnosis is studied. Our analysis is based on a characterization of implementation studies from a methodological standpoint. After identifying the main issues arising from the way implementation is studied, we suggest research priorities for the future.

8.3 Approach

The 12 articles listed by Torrey et al. (2011) in their recent literature review serve as our starting point. These articles met the following selection criteria: 1) published in English, 2) used quantitative and/or qualitative methods, and 3) focused on organizational level factors related to the implementation of integrated dual diagnosis services. They were found through a search of the PubMed database for articles published after 2001, and through a careful review of the reference lists of selected articles. The following keywords were used: "Diagnosis, Dual (Psychiatry)", "Substance-related disorders / rehabilitation," "Community Mental Health Services / organization & administration" and "Substance Abuse Treatment Centers / organization & administration".

We updated this database to include articles published up until March 2012. We used three strategies. The first was replicating the search strategy of Torrey et al. (2011) for

the new period. However, this did not locate any new articles. The second strategy was manually searching the table of contents of journals in which listed articles were published. We were able to find one article this way: Carlson, Rapp, and Eichler (2012). Finally, we conducted a PubMed database search with the last name of the first author of each article already listed. This yielded one new article: Torrey, Bond, McHugo, and Swain (2012). At the end of our search, our database consisted of 14 articles: the 12 articles already listed by Torrey et al. (2011) and the two new articles we found.

We systematically extracted from each article data relevant to the research objective and the main methodological choices (case selection criteria, number of cases selected, data collection methods, implementation outcomes, length of study, analysis methods). Using these data, we categorized the articles based on their approach to the implementation process. According to Thiétart (2007), there are two approaches: the content-centered approach and the process-centered approach. The fundamental difference between them lies in the extent to which they consider the dimension of time. Thus, the content-centered approach focuses on the nature of the object studied, either to reveal its components (descriptive objective) or to show how the components are associated with each other (explanatory objective). In this case, the time dimension is not explicitly taken into account. By contrast, the process-centered approach specifically examines the behavior of the object at study through time, either to reveal the sequence of its components (descriptive objective) or to show how the components operate depending on the evolution of other components (explanatory objective).

8.4 Results

Our analysis of the main methodological characteristics of the 14 studies yielded a number of observations, some general and others related to the specific implementation approach used.

8.4.1 General findings

There are four general findings. The first is that few studies looked at organizational level factors related to the implementation of integrated dual diagnosis services. Our update of the Torrey et al. (2011) literature review produced only two new articles. When added to the 12 articles already listed, the total number of relevant articles only amounts to 14 over an 11-year period. This is a very small number, especially considering the persistent difficulties in integrating practices.

The other three general findings emerged from our analysis of the methodological characteristics of the 14 studies, which are summarized in the appendix. So the second general finding is that there is an overrepresentation of the specialized model in the listed articles compared to other organizational models (e.g., the universal model). This stems from the fact that 11 of the 14 articles were related directly or indirectly to the same implementation project: the National Implementation Evidence-Based Practices Project (EBP Project), which adopts the specialized model for its organizational strategy. The general objective of this project was to test the effectiveness of an implementation model⁵ for five EBPs, including IDDT (Torrey et al., 2001). Of the three studies not related to the EBP Project, two were part of a project funded by a SAMHSA-funded Co-occurring State Incentive Grant (COGIS Project⁶), whose organizational strategy is based on the universal model. These two studies focused on the capacity of mental health and addiction teams to address dual diagnosis. Finally, the last study focused on two integration experiences: one inspired by the specialized model and the other by the universal model. It was conducted in Canada and was not structured around any particular implementation model.

⁵ The implementation model used integrated three elements: educational material (written documents, videos, etc.), access to a specialized consultant's services for 2 years, and feedback to teams every 6 months on their level of fidelity to the intervention model.

⁶ COSIG projects provide funding for initiatives related to capacity building - e.g., implementing standardized screening and assessment, supporting training, and paying for some services that enhance co-occurring disorders treatment. Funds are also dedicated to infrastructure development at the state level.

Our third general finding stems from the previous one: a majority of the studies (9/14) presented implementation outcomes. The most frequently documented outcome (6/9 studies) was, without a doubt, fidelity to IDDT. Two other identified outcomes were also related to IDDT: penetration rate of IDDT (number of people served divided by number of eligible people) and sustainability of IDDT. Two studies examined penetration rate in conjunction with fidelity to IDDT, while one study examined sustainability. The final outcome identified in two studies was the capacity of mental health or addiction teams to provide treatment for co-occurring disorders treatment.

Our fourth general finding is that the studies showed a significant tendency to using relatively large samples. This was true of 13 studies that used the organizational level for their analysis (the Carlson et al. (2012) study could not be included because their sample was made up of implementation experts.) Thus, among the remaining 13 studies, a majority (9/13) had a sample size of 7 organizational units or more. More specifically, 5 of these 9 studies had a sample size of between 8 and 14, while the other 4 studies have a sample size of more than 40.

8.4.2 Findings on the implementation approach used

We categorized the articles based on their approach to the implementation process: content-centered versus process-centered (Thiétart, 2007). We found that a majority of the studies reviewed were content-centered (9/14). Only 5 of the 14 studies adopted the process-centered approach. In both groups, however, it was possible to distinguish studies with a primarily descriptive objective, and others with an explanatory objective. Thus the studies could be divided into four subgroups.

8.4.2.1 Content-centered implementation studies with a descriptive objective

As shown in Table 8-1, this group includes two studies. Both of the studies aimed to describe the components of the implementation process, whether it was the relative

importance of factors associated with implementation (Carlson et al., 2012) or the key factors in implementation success (Moser, Deluca, Bond, & Rollins, 2004).

Table 8-1 : Content-centered implementation studies with a descriptive objective

Authors	Research focus
Carlson et al. (2012)	The relative importance of different implementation strategies as estimated by experts (cross-sectional study)
Moser et al. (2004)	The most important and common strategies and barriers to implementation across all cases studied (research period: 15 months)

In both cases, the outcomes did not account for the evolutive nature of the phenomenon. In the first study, for example, experts were surveyed on the importance they attributed to various strategies, without reference to any particular phase of implementation. With regards to the second study, the authors documented the evolution of implementation in real time. However, they then aggregated the data at the analysis stage, an analytical choice that identified the most important and common factors in the cases for the full study period. In sum, both studies revealed what matters in terms of overall strategies and barriers in implementing integrated services. Moser et al. (2004) also analyzed these factors in relation the wider political environment, which allowed for some contextualization of IDDT implementation. However, the way in which the identified factors evolved over time and how this affected implementation were not explored.

8.4.2.2 Content-centered implementation studies with an explanatory objective

Seven studies are part of this group (see Table 8-2). Unlike the previous group, these studies aimed to both describe and explain. They examined the outcomes of implementation based on a number of factors. In order to document these explanatory factors, four studies collected data at different times and in real time (Brunette et al., 2008;

Chandler, 2009; van Wamel, Kroon, & van Rooijen, 2009; Woltmann et al., 2008). For the other three studies, one used baseline data only (Gotham, Claus, Selig, & Homer, 2010) and two used retrospective data (McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard, & Mangrum, 2010; Swain, Whitley, McHugo, & Drake, 2010).

Whatever the approach, however, the authors used data aggregated in time to identify the main implementation factors. They then examined these factors in relation to implementation outcomes. Thus, the results provide general information on which factors are associated with outcomes after a specific period of time. For example, Brunette, et al. (2008) were able to identify implementation factors common to organizations that had achieved a moderate-to-high level of fidelity to IDDT, such as committed midlevel leaders and active engagement of consultant-trainers. However, this type of study does not account for either temporal dimension of the phenomenon or its dynamic character; for example, the possibility that factors change gradually and interact with each other, and that their influence varies over time.

Table 8-2 : Content-centered implementation studies with an explanatory objective

Authors	Research focus
Brunette et al. (2008)	The most important/common facilitators and barriers to implementation that explained a significant level of IDDT fidelity at the end of the study period (2 years) across all cases studied
Chandler (2009)	The factors influencing implementation and associated with level of IDDT fidelity at the end of the study period (2 years) on a per case basis
Gotham et al. (2010)	The strength of association between initial organizational characteristics and increased capacity to provide integrated treatment at the end of the study period (2 years)
McGovern et al. (2011)	The strength of association between implementation factors and increased capacity to provide integrated treatment at the end of the study period (1.5 years)
Swain et al. (2009)	The most important/common implementation factors in cases that still had the EBP implanted 2 years after the initial implementation period (2 years), in comparison to cases not successful at maintaining the EBP
Van Wamel et al. (2009)	The most important/common facilitators and barriers to implementation that explained a significant level of IDDT fidelity at the end of the study period (2 years) across all cases studied (non-detailed analytical approach)
Woltmann et al. (2008)	The strength of association between staff turnover patterns and 1) IDDT fidelity level, and 2) IDDT penetration rate, at the end of the study period (2 years)

8.4.2.3 Process-centered implementation studies with a descriptive objective

Three studies are part of this group: Kruszynski and Wieder (2007), Rapp et al. (2010) and Torrey, et al. (2012). They are presented in Table 8-3. All three share the common aim of showing the evolution through time of the various components of implementation. In the case of Wieder and Kruszynski (2007), the characteristics of staffing processes were the focus, while in Rapp, et al. (2010) study, it was barriers to implementation; in particular, certain behaviors from supervisors, front-line staff and other organization members. Finally, Torrey, et al. (2012) focused more on the relative significance of five categories of barriers, facilitators and strategies to implementation.

In all three cases, the authors collected data in real time and on several occasions. Unlike content-centered implementation studies, the researchers used an analysis strategy that enabled them to study the evolution of the studied variables over time. In Wieder and Kruszynski (2007), this resulted in a detailed description of the evolution of staffing process characteristics perceived to influence the implementation of IDDT within an organization over a period of three years. Rapp et al. (2010) identified barriers to implementation and described them by showing how they changed over time within a given context. The perspective of Torrey et al. (2012) was more general due to their large sample size ($n = 49$). However, it generated an account of how the relative importance of different factor categories evolved between the first and second year following the beginning of implementation. Overall, these three studies provide significant insight on *how* components of the implementation process evolve over time. With the exception of Torrey et al. (2012), the studies also contextualized their descriptions, examining the particular conditions in which the factors studied emerged over time. This provides information on the evolutive dynamics at work, even though the approach did not report on this aspect in a systematic way.

Table 8-3 : Process-centered implementation studies with a descriptive objective

Authors	Research focus
Wieder & Kruszynski (2007)	The evolution of staffing process characteristics perceived to influence implementation during the study period (3 years)
Rapp et al. (2010)	The most important/common barriers to implementation and their evolution through time across all cases studied (2 years)
Torrey et al. (2012)	The relative importance of barriers, facilitators and strategies to implementation after 1 and 2 years, by activity sector and by level of IDDT fidelity achieved after 2 years.

8.4.2.4 Process-centered implementation studies with an explanatory objective

As shown in Table 8-4, only two studies were categorized in this group: Woltmann and Whitley (2007) and Brousselle et al. (2010). Both articles aimed to show how different components of the implementation process change over time depending on the evolution of other components.

Table 8-4 : Process-centered implementation studies with an explanatory objective

Authors	Research focus
Woltmann & Whitley (2007)	The evolution of the relationship between staff turnover patterns and outcome measures (IDDT fidelity level and IDDT penetration rate) by case during the study period (2 years); strategies to overcome barriers
Brousselle et al. (2010)	The evolution of contextual factors, integration dimensions and mechanisms as well as their interactions by case, then cross-sectionally, during the study period (3 years)

Woltmann and Whitley (2007) analyzed graphically the coevolution of three variables (staff turnover patterns, fidelity to IDDT model, penetration of IDDT model) in each of the 11 cases studied. The most common patterns across all cases were examined in light of contextual variables to explain the observed variations. Brousselle et al. (2010) used a narrative strategy to illustrate the evolutive dynamics identified in the two cases studied, in relation to both contextual factors and integration dimensions and mechanisms. The resulting cross-sectional analysis revealed specific patterns, not within the factors themselves, but in the ways in which they were interconnected. In these two studies, data were collected in real time and on several occasions, and the analysis process emphasized the temporal dimension. This allowed for a greater understanding of the evolutive dynamics of the patterns observed. However, these types of outcomes have the disadvantage of being more difficult to summarize.

8.5 Discussion

The central problem being addressed here is the continued challenges faced when implementing integrated services, despite our existing knowledge of the factors associated with successful implementation. The question we asked in our introduction was: what is missing in our understanding of the phenomenon? In this section, we try to answer this question by discussing the findings of our analysis of implementation studies on integrated services.

8.5.1 Assessing implementation outcomes

The first issue relates to the assessment of implementation outcomes; more specifically, the tendency to formally measure these outcomes, often using a fidelity scale. This has certain advantages; for example, to inform on the progress of implementation efforts. According to Fixsen et al. (2005), this is a very critical component of any implementation process. Without denying the usefulness of measuring implementation outcomes, we believe that this raises three important issues that require careful

consideration. First, the current measuring tools are probably not applicable to all contexts. This is because they were developed with a particular organizational model in mind; for example, the IDDT fidelity scale is closely based on the specialized model. Yet, current knowledge suggests that there are a variety of different ways of organizing services to deliver integrated dual diagnosis services (Brousselle, Lamothe, Mercier, & Perreault, 2007; Rush, Fogg, Nadeau, & Furlong, 2008). It is therefore possible that a given model, and consequently a particular measuring tool, is only applicable to certain contexts. In some contexts, for example, an observed lack of fidelity may be attributable less to an implementation gap than to a lack of compatibility between a particular context and the organizational model on which the measuring tool is based.

The second issue concerns the period of time that has elapsed between the beginning of implementation and the assessment of implementation outcomes. This period must be long enough to cover the dynamics of implementation as a whole. This contention is supported by numerous studies showing the importance of time in creating and stabilizing new practices after a major organizational change (e.g., Fixsen, et al., 2005; Glouberman & Zimmerman, 2004). In fact, this was noted in several implementation studies listed by Torrey, et al. (2011). According to Durlak and DuPre (2008), it is plausible that complicated interventions take longer to implement, and integrated services certainly qualify as complicated interventions. This is an important consideration to keep in mind when interpreting the results of an implementation assessment, particularly when the assessment has been carried out only a year or two following implementation.

The third issue is conceptual: Is it essential to assess implementation outcomes in order to better understand the implementation process? Based on the literature in the field of evaluation, we can say that it is not absolutely essential; rather, it depends on the objective. Research on implementation evaluation supports our position. Although there is presently no consensus among authors on how to define implementation evaluation, there is general agreement that process analysis should be included. According to Patton (1997), this type of evaluation "*focuses on the internal dynamics and actual operations of a*

program in an attempt to understand its strengths and weaknesses. Process evaluation asks: what's happening and why?" (p. 206). Champagne et al (2009) distinguish two types of process analysis. The first aims to explain the discrepancies between the planned intervention and the intervention that is implemented. In this case, the degree of implementation is similar to a fidelity measure and constitutes the dependent variable to be explained. Several of the listed studies proceeded this way.

Champagne et al. (2009) also distinguish a second type of process analysis: the analysis of how an intervention is transformed. This type of evaluation is based on a dynamic conception of the intervention and context; it recognizes that interventions change over time in contexts marked by the meeting of individuals whose interests rarely coincide. The evaluation thus seeks to explain how the context gradually shapes the intervention. In this case, it is not necessary to know the exact implementation outcome in order to better understand the process. This type of questioning is central to understanding the implementation of integrated services because of the significant changes involved. In fact, these changes go far beyond the personnel's acquisition of new clinical skills; they affect the values, beliefs and professional identity of individuals who are now asked to collaborate within new institutional arrangements. A greater understanding of the dynamics linking the context and the intervention is therefore essential. Moreover, this has implications for how the implementation process is approached as a research object, bringing to light a new set of issues and challenges.

8.5.2 Ways of approaching the implementation process

The issues we discuss in this section stem from the trend in implementation studies to favor a content-centered approach, usually with an explanatory objective. Typically, researchers seek to identify the determining factors that explain the level of implementation achieved within a given period of time. This approach presents implementation factors as well-defined objects. This has the advantage of producing knowledge that can be summarized easily and lends itself to modeling. There is, however, the risk of adopting too

reductionist a conception of the phenomenon. In the course of events, "implementation factors" are probably actually "moving" and do not act independently; rather, they interact to produce synergistic and/or antagonistic effects (Champagne & Denis, 1992). Moreover, it is possible that the influence of these factors fluctuates, either favorably or unfavorably, depending on the context. By neglecting these dynamics, we withhold access to the implementation process' "black box." Yet this is crucial to fully understanding the phenomenon and to eventually mastering it. Indeed, to change practices, decision makers need knowledge that goes beyond "what works to reduce problem x" (i.e., implementation *factors*); they need to understand *how* this can work and in which context (i.e., the implementation *process*) (Lomas, 2005).

8.5.3 The tendency toward large samples

The last issue we will discuss is the observed tendency in implementation studies to favor large samples. This is consistent with the adoption of standardized procedures for collecting and analyzing data in the cases studied. This trend is indicative of the emphasis placed on external validity over all other types of validity; for example, construct validity (are the concepts representative?), descriptive or contextual validity (is the record of events complete?), and interpretive validity (is the analytical report true to the lived experiences shared by those interviewed?) (Miles & Huberman, 1994).

More generally, this approach seems to align itself with the logic of causal research; namely, better understanding the causes of a problem is necessary to developing solutions that can later be implemented. This is not unexpected given that the majority of the studies listed were part of a research program to test an implementation model. However, implementation contexts vary widely, so much so that generic solutions are not easily applicable. As social systems, these implementation contexts are also characterized by internal dynamics that are hardly negligible. As underscored by Hackman (2012), "*Groups are not mere assemblies of multiple cause-effect relationships; instead they exhibit emergent and dynamic properties that are not well captured by standard causal models*" (p.

433). Finally, the decision to implement integration in a particular context is subject to many influences. According to Lomas (2005), knowledge that is useful to implementing changes in an organization must go beyond information limited to solving problems (e.g., what works for successful implementation of integrated services?). The required knowledge must facilitate a better understanding of the problem (e.g., What do we know about the difficulties in implementing integrated services? What causes these difficulties? Who is affected? What are the possible options to address them?) and a better understanding of the issues that arise (e.g., What are the issues related to such actions? Who is likely to support and oppose these actions and why? Who will be affected and how?) (Lomas, 2005, p. 57-58). By favoring large samples, this type of detailed knowledge of the context is neglected. In the inevitable compromise between breadth and depth faced by researchers (Patton, 2002), it would seem that breadth is winning out in implementation studies. Surely there is room for more in-depth implementation research focused on a limited number of cases.

8.6 Implications for research

Which direction should future studies on the implementation of integrated dual diagnosis services take? We conclude this article with the two major recommendations emerging from our analysis.'

Recommendation 1: Encourage more process-centered implementation studies

In the future, priority should be given to research that focuses on the evolutive dynamics of implementation projects. By definition, such studies adopt a process-centered approach. Our critical analysis of implementation studies reveals a major lack of knowledge in this area. This, in fact, has already been denounced: Gold, Glynn and Mueser (2006) lamented that "*virtually no studies have intensively examined, in real time, what potent micro processes might account for implementation success or failure of any kind of mental health service, especially interactions among persons, organizations, and their local environments* (p. 208).

This recommendation has three main implications. The first is methodological. In this regard, some choices seem indispensable when studying the implementation process, including collecting data in real time over an extended period and analyzing the data processually. This analytical strategy produces results and temporally ordered explanations. It is frequently used in organizational studies when attempting to understand how and why events play out over time (Langley, 1999, 2009). This means giving first priority to in-depth case analyses, then to inter- case comparisons.

The second implication relates to the assessment of implementation outcomes. In this regard, it is important to be cautious when using fidelity scales. Such scales all reflect a particular organizational model that has varying degrees of fit depending on the context. A relevant strategy might be to combine fidelity assessment with the evaluation of another implementation outcome. Proctor et al. (2009) propose the following series: feasibility, penetration, acceptability, sustainability, uptake and costs. This strategy would capture the effects of the implementation in a richer and more nuanced way than using just one type of outcome. Also, measurements should be for an extended study period, probably two or more years, so as to cover the implementation dynamics as a whole.

The final implication is that we need a more interpretive approach in the field of implementation research. According to Rouleau (2007), these kinds of studies acknowledge the ability of individuals to negotiate their relationships, to promote values and to create meaning. This would lead to greater attention being paid to the actions of individuals collectively involved in the implementation of integrated services, to how they are able (or not) to agree, establish priorities and adjust to unexpected events. This knowledge is likely to enrich theories surrounding the implementation of integrated dual diagnosis services.

Recommendation 2: Synthesize useful knowledge for decision making on implementation

This recommendation is based on the finding that current knowledge synthesis models remain focused on solutions. The synthesis of Torrey et al. (2011) of the strategies

and factors associated with successful implementation is an excellent example. However, such syntheses are less informative with regards to better understanding the problem and the influences of context. This type of questioning requires a different type of synthesis; for example, realist synthesis. This model of knowledge synthesis, based on a 'realist' approach to evaluation, offers a method for studying what works for whom, how and under what circumstances (Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005, p. 24).

This method would be most appropriate for complex interventions whose effects are largely dependent on the context and the implementation. Dual diagnosis integration projects fit these conditions. As knowledge about the implementation process is still poorly developed, carrying out a realist synthesis would require some adaptation. It would be beneficial to widen the field to include implementation studies of integrated services for the treatment of other types of comorbidities; for example, the integration of services for patients with chronic conditions, for which there is a growing literature (De Stampa et al., 2010; Hroschikoski et al., 2006, Wagner et al., 2001). It would also be beneficial to consider knowledge about integration from the field of management. This proposal is based on Brousselle et al. (2007), which illustrated the strong convergence between the integrated services model proposed by Mueser et al. (2003) and generic organizational models. Doing this type of synthesis seems a desirable next step in the search for ways to reduce the gap between scientific knowledge and current practice. Combined with the changes we propose related to how we study the implementation of integrated services, we believe such approaches will allow us to move forward in our collective goal of improving the quality and effectiveness of integrated dual diagnosis services.

8.7 References

Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 94-104.

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.

Brunette, M. F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W. J., Wieder, B. L., Jones, A. M., et al. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: A qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services, 59*(9), 989–995.

Carlson, L., Rapp, C., & Eichler, M. (2012). The experts rate: Supervisory behaviors that impact the implementation of evidence-based practices. *Community Mental Health Journal, 48*(2), 179-186.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Services Integration. COCE Overview Paper 6*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. In *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social, 41*(1), 143-163.

Chandler, D. (2009). Implementation of integrated dual disorders treatment in eight California programs. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 12*(4), 330-351.

De Stampa, M., Vedel, I., Mauriat, C., Bagaragaza, E., Routelous, C., Bergman, H., et al. (2010). Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2010 Feb 18;10. Available from: <http://www.ijic.org>. URN:NBN:NL:UI:10-1-100748.

Drake, R. E., & Bond, G. R. (2010). Implementing integrated mental health and substance abuse services. *Journal of Dual Diagnosis, 6*(3-4), 251-262.

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services, 52*(4), 469–476.

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4), 589-608.

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(7), 360-374.

Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 123-138.

Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 327-350.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida.

Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2004). Systèmes compliqués et complexes: les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé. In P.-G. Forest, G. P. Marchildon & T. McIntosh (Eds.), *Les forces de changement dans le système de santé canadien*. Ottawa: University of Ottawa Press.

Gold, P. B., Glynn, S. M., & Mueser, K. T. (2006). Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs. *Evaluation & the Health Professions, 29*(2), 195-218.

Gotham, H. J., Claus, R. E., Selig, K., & Homer, A. L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(2), 160-169.

Hackman, J. R. (2012). From causes to conditions in group research. *Journal of Organizational Behavior, 33*(3), 428-444.

Hogan, M. (2011). Focus on integrated treatment. *Journal of Dual Diagnosis, 7*(3), 173-174.

Hroschikoski, M. C., Solberg, L. I., Sperl-Hillen, J. M., Harper, P. G., McGrail, M. P., & Crabtree, B. F. (2006). Challenges of change: A qualitative study of chronic care model implementation. *The Annals of Family Medicine, 4*(4), 317-326.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review, 24*(4), 691-710.

Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. Thousand Oaks: Sage.

Lomas, J. (2005). Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: From summative to interpretive synthesis. *Healthcare Policy, 1*(1), 55-71.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., McHugo, G. J., Giard, J., & Mangrum, L. (2010). Improving the dual diagnosis capability of addiction and mental health treatment

services: Implementation factors associated with program level changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(3-4), 237-250.

McHugo, G. J., Drake, R. E., Whitley, R., Bond, G. R., Campbell, K., Rapp, C. A., et al. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*, 58(10), 1279-1284.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Minkoff, K. (2007). What is integration? Part II. *Journal of Dual Diagnosis*, 3(2), 149-158.

Minkoff, K., & Cline, C. A. (2004). Changing the world: the design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 727-743.

Moser, L. L., Deluca, N. L., Bond, G. R., & Rollins, A. L. (2004). Implementing evidence-based psychosocial practices: lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectrums*, 9(12), 926-936, 942.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press.

Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation (3rd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(suppl 1), 21-34.

Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34.

RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.

Rapp, C., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D., et al. (2010). Barriers to evidence-based practice implementation: Results of a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 112-118.

Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations. approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., & Furlong, A. (2008). *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report*. Ottawa: Canadian Executive Council on Addictions.

SAMSHA. (2002). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Siegfried, N. (1998). A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(5), 707-717.

Swain, K., Whitley, R., McHugo, G., & Drake, R. (2010). The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 119-129.

Thiétart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management (3rd edition)*. Paris: Dunod.

Torrey, W. C., Bond, G., McHugo, G., & Swain, K. (2012). Evidence-based practice implementation in community mental health settings: The relative importance of key domains of implementation activity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-12.

Torrey, W. C., Drake, R. E., Cohen, M., Fox, L. B., Lynde, D., Gorman, P., et al. (2002). The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 507-521.

Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., et al. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45-50.

Torrey, W. C., Tepper, M., & Greenwold, J. (2011). Implementing integrated services for adults with co-occurring substance use disorders and psychiatric illnesses: A research review. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), 150-161.

van Wamel, A., Kroon, H., & van Rooijen, S. (2009). Systematic implementation of integrated dual disorders treatment in The Netherlands. *Mental Health and Substance Use*, 2(2), 101-110.

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.

Wieder, B. L., & Kruszynski, R. I. C. (2007). The salience of staffing in IDDT implementation: One agency's experience. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(2), 103-112.

Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2007). The role of staffing stability in the implementation of integrated dual disorders treatment: An exploratory study. *Journal of Mental Health, 16*(6), 757-769.

Woltmann, E. M., Whitley, R., McHugo, G. J., Brunette, M., Torrey, W. C., Coots, L., et al. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services, 59*(7), 732-737.

Appendix

Table 8-5 : Description of the studies used in the analysis

Authors (year)	Objective of the study	Organizational model of integrated services being implemented	Data collection methods (D); Criteria for selecting cases (C); Sample Size (S)	Implementation outcome measure	Study duration	Analysis methods
Brousselle et al. (2010)	To identify key factors in integrating services for patients with co-occurring disorders	Specialized model and universal model	D: interviews, observations, documents C: contrast in the organizational model of integrated services S: 2	None	3 years	Qualitative
Brunette et al. (2008)	To elucidate concomitant facilitators and barriers to implementing IDDT	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: sites participating in the implementation of IDDT in 3 states within the EBP Project S: 11	Fidelity to IDDT	2 years	Mixed
Carlson et al. (2012)	To identify supervisory behaviors critical to the successful implementation of EBPs in adult mental health	n/a	D: survey C: experts in the implementation of EBPs (recruited among experts involved in the EBP Project, but not restricted to them) S: 37	None	n/a	Quantitative

Chandler (2009)	(1) How helpful are approach-materials? (2) Are group processes useful? (3) Do levels of organizational functioning predict fidelity?	Specialized model	D: interviews, observations, documents, questionnaires C: Sites participating in the implementation of IDDT in 1 state; adaptation of the EBP Project S: 8	Fidelity to IDDT	2 years	Mixed
Gotham et al. (2010)	To examine if organizational structure, characteristics and readiness to change predict change in COD capability	Universal model	D: interviews, observations, documents, questionnaire C: COSIG Project in 1 state S: 14	Dual diagnosis capability	2 years	Quantitative
McGovern et al. (2011)	To examine what implementation factors are associated with an \uparrow in COD capacity and if these factors are similar/different between mental health and addiction programs	Universal model	D: interviews, observations, documents, questionnaire C: COSIG project in 5 states S: 86	Dual diagnosis capability	1.5 years	Quantitative
Moser et al. (2004)	To examine barriers and strategies to the implementation of 2 EBPs (IDDT/assertive community treatment [ACT])	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating in the implementation of IDDT or ACT in 1 state within the EBP Project S: 14	None	15 months	Mixed
Rapp et al. (2010)	To describe major challenges experienced by agencies implementing 2 EBPs (IDDT/support employment [SE])	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating in the implementation of IDDT or SE in 1 state within the EBP Project S: 6	None	2 years	Qualitative

Swain et al. (2009)	To determine the number of sites that sustained 5 EBPs 2 years after implementation; the reasons for sustaining or not and the characteristics that differentiate the two groups; and the extent/nature of adaptations	Specialized model	D: interviews, telephone survey C: Sites that completed the initial implementation period of 2 years of one of 5 EBPs, including IDDT, in 8 states within the EBP Project S: 49	Sustainability of IDDT	2 years post initial implementation period	Mixed
Torrey et al. (2012)	To investigate domains of implementation activities and correlate them with implementation success (5 EBPs included)	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating in the implementation of one of 5 EBP, including IDDT, in 8 states within the EBP Project S: 49	Fidelity to IDDT	2 years	Mixed
Van Wamel et al. (2009)	To determine whether IDDT could successfully be implemented in the Netherlands	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating in the implementation of IDDT within an adaptation of the EBP Project in the Netherlands S: 5	Fidelity to IDDT	2 years	Mixed
Wieder & Kruszynski (2007)	To illustrate the impact of the staffing process during the implementation of IDDT	Specialized model	D: not explicitly described, but most likely qualitative C: Site participating in the implementation of IDDT in 1 state within the EBP Project S: 1	None	3 years	Qualitative

Woltmann & Whitley (2007)	To investigate the relationship between staffing stability and the implementation of IDDT; to examine strategies undertaken by agencies to overcome staffing barriers during implementation	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating in the implementation of IDDT in 3 states within the EBP Project S: 11	Fidelity to IDDT; penetration of IDDT	2 years	Mixed
Woltmann et al. (2008)	To examine team turnover and its relationship to implementation processes and outcomes for 5 EBPs	Specialized model	D: interviews, observations, documents C: Sites participating to the implementation of one of 5 EBP, including IDDT, in 8 states within the EBP Project S: 42	Fidelity to IDDT; penetration of IDDT	2 years	Mixed

PARTIE IV : DISCUSSION ET CONCLUSION

Chapitre 9 Discussion

La thèse a permis d'examiner la mise en œuvre de services cliniques intégrés sous trois angles. Les deux premiers constituent le volet empirique de la thèse. Les articles qui leur correspondent s'inscrivent dans la perspective théorique du sensemaking organisationnel. Cette perspective nous a permis d'étudier la mise en œuvre de services cliniques intégrés, d'abord comme un processus de construction d'une offre de services (article 1), puis comme un processus de construction de l'identité organisationnelle (article 2). Le troisième angle à travers lequel nous avons examiné notre objet d'étude relève pour sa part d'une analyse critique des écrits. Ces écrits ont été restreints à un champ particulier, celui des services intégrés en santé mentale et en dépendance. Cette analyse correspond au troisième article de la thèse.

Globalement, nous croyons que ces trois articles permettent de répondre à l'objectif général de la thèse qui est d'enrichir la compréhension du phénomène de la mise en œuvre de services cliniques intégrés en contexte organisationnel. Dans ce chapitre consacré à la discussion des résultats, nous allons ainsi dégager plus précisément la contribution de chacun des articles à notre compréhension du phénomène et ouvrir plus largement des pistes de réflexion. Les trois premières sections y sont conséquemment consacrées. La section qui suit aborde pour sa part les principales limites de la démarche de recherche.

9.1 Contributions et réflexions entourant l'article 1

Notre premier article aborde la question de la mise en œuvre de services intégrés sous l'angle de la transformation des pratiques professionnelles. L'article s'intitule « *Sensemaking: A Driving Force behind the Integration of Professional Practices* ». Il vise plus spécifiquement à mieux comprendre comment les professionnels de la santé participent collectivement à la construction progressive d'une offre de services visant l'intégration des services de santé mentale et de dépendance.

Cette question prend toute son importance à la lumière des difficultés importantes observées dans la sphère clinique pour modifier les pratiques professionnelles et faire en sorte d'implanter durablement des services cliniques intégrés (Shortell & McCurdy, 2010). On reconnaît certes que les professionnels jouissent d'une grande autonomie dans l'exercice de leur travail et qu'ils disposent conséquemment d'une capacité effective à influencer l'application des décisions qui les concernent (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005; McNulty & Ferlie, 2004; Mintzberg, 1979). Ce qu'on connaît moins, cependant, se rapporte aux dynamiques à travers lesquelles les projets sont mis en œuvre et transformés sous l'influence de professionnels collectivement engagés auprès de patients particuliers, en contexte organisationnel. L'article 1 permet d'éclairer ce processus à travers la perspective théorique du sensemaking organisationnel. Des contributions théoriques et substantives s'en dégagent. Dans le texte qui suit, nous présentons et discutons chacune d'elles successivement.

Contributions théoriques

Au plan théorique, les connaissances produites permettent d'expliquer que l'offre de services intégrés mise en œuvre résulte d'un processus de sensemaking orienté considérablement par les représentations que les professionnels se construisent de leurs patients au fil de leurs interactions, tant les interactions entre eux qu'avec les patients eux-mêmes. Ceci s'appuie sur trois constats relativement à la nature du processus de sensemaking. Tout d'abord, nos résultats ont souligné le caractère *path-dependent* du processus, c'est-à-dire que la façon dont les professionnels font face à des événements critiques lors de la définition initiale de l'offre de services oriente de façon déterminante le flux des événements ultérieurs. Dans notre étude, ces événements critiques ont correspondu aux contraintes et opportunités qui se sont présentées initialement par rapport à la clientèle et qui ont généré les premières occasions de sensemaking. Selon Dopson, Fitzgerald et Ferlie (2008), il est fondé de considérer de telles interrelations entre le contexte et les acteurs comme une forme de *path dependency theory* (David, 1985; Sydow, Schreyögg, & Koch, 2009), mais applicable au niveau des microprocessus. Le caractère *path-dependent*

du processus tient au fait que les compréhensions partagées et les formes d'interaction qui ont émergé de ces premières occasions de sensemaking ont orienté fortement la direction dans laquelle se sont développées les compréhensions et formes d'interaction ultérieures. Nos résultats suggèrent que l'engagement (*commitment*) des professionnels envers certaines actions collectives adoptées initialement a constitué un mécanisme central expliquant les dynamiques associées à ce *path-dependency*. Ce mécanisme a précédemment été décrit par Weick et Sutcliffe (2003). Le concept d'engagement se définit comme ce qui lie les individus à leurs comportements, lorsqu'ils construisent des explications pour justifier ces comportements et que leurs justifications deviennent en retour prises pour acquises et constitutives de leur conception du monde. La mise en lumière de ce mécanisme est importante puisqu'elle vient souligner l'importance des conditions de départ à partir desquelles un « chemin » est susceptible de se façonner.

Le second constat sur lequel s'appuie la contribution théorique de notre étude est dans la lignée du précédent. Il s'appuie sur l'observation d'une tendance lourde à maintenir la direction déterminée initialement, et ce, en dépit des occasions de sensemaking traversées au fil du temps. Ainsi, non seulement les conditions de départ sont-elles déterminantes pour définir le « chemin », mais ce qui en découle tend à perdurer. La dynamique observée s'apparente au processus d'énaction (*enactment*) décrit par Weick (Weick, 1977, 1988). Selon ce dernier, l'énaction se produit lorsque l'information extraite du contexte est utilisée pour donner sens à ce même contexte. En énant leur contexte, les acteurs contribuent ainsi à créer l'objet de leur observation et même à en oublier le caractère construit (Vidaillet, 2003).

Enfin, le troisième constat montre qu'en dépit de cette tendance lourde à maintenir la direction déterminée au départ, le changement est demeuré possible. Dans notre étude, il s'est manifesté le plus souvent sous une forme adaptative, c'est-à-dire à travers des rajustements aux compréhensions partagées et aux schémas d'action. Il correspond en ce sens au changement continu décrit par Weick et Quinn (1999). Dans ce type de

changement, le « chemin » peut certes dévier de sa trajectoire initiale, mais ceci se fait lentement et progressivement.

En somme, ces constats permettent d'illustrer empiriquement que le processus de sensemaking sous-tendant la mise en œuvre de services intégrés amène les professionnels à définir précocement la direction de leur action collective et leur fournit les matériaux à partir desquels ils vont tendre par la suite à maintenir cette direction initiale. Notre étude a en outre montré que les mécanismes à travers lesquels ce « chemin » se façonne et se maintient correspondent à l'engagement des professionnels et à l'énaction. Il s'agit d'une contribution théorique importante puisqu'à notre connaissance, les écrits existants ont peu exploré les dynamiques fines à travers lesquelles les professionnels transforment les projets qu'ils participent à mettre en œuvre. Dans les écrits sur l'implantation des services intégrés en santé mentale et en dépendance, ce phénomène est généralement abordé de façon normative, par exemple, comme des obstacles à la réalisation du plan d'implantation (Brunette et al., 2008; Rapp et al., 2010). Notre étude permet ainsi de répondre à l'invitation de Rush et al. (2008a) pour que les chercheurs abordent la question de l'implantation des services intégrés à travers des cadres d'analyse permettant de rendre compte des dynamiques d'émergence soulevées. En révélant ces dynamiques, notre étude apporte un éclairage théorique rarement mobilisé dans ce domaine et qui permet d'améliorer grandement la compréhension du phénomène.

Ces connaissances contribuent également à une meilleure compréhension des dynamiques de changement dans les organisations professionnelles, par-delà les projets visant l'intégration des services cliniques. Ainsi, en analysant la progression du projet de changement du point de vue des professionnels, notre étude souligne le rôle central de ces opérateurs pour façonner les projets mêmes. Cet angle d'analyse est novateur parmi les études intéressées au sensemaking organisationnel. Il est encore peu courant, en effet, d'étudier la progression de projets de changement du point de vue des opérateurs professionnels plutôt qu'à travers la seule perspective des acteurs occupant une position d'autorité dans l'organisation. Or, dans le champ de la recherche sur le changement

organisationnel et le sensemaking, ceci est vu comme une voie prometteuse pour mieux cerner le caractère *multivocal* du processus, c'est-à-dire la contribution particulière de chaque groupe d'acteurs à la réalisation du changement (Maitlis & Sonenshein, 2010, p. 560). Nos résultats apportent une contribution en ce sens.

Aussi, en soulignant le rôle central des opérateurs professionnels, nos résultats montrent les limites des modèles du changement qui accordent une importance prépondérante aux leaders héroïques, capables de créer une vision et de faire en sorte qu'elle soit partagée par tous les membres de l'organisation. Notre étude s'inscrit ainsi dans la lignée d'autres travaux réalisés en gestion du changement dans les organisations professionnelles (par exemple, Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Pearce & Barkus, 2004). Sans nier le rôle important joué par ces leaders, l'analyse du changement du point de vue des opérateurs professionnels révèle l'impact significatif que les actions et interactions de ces derniers, dans le cours de leur travail, peuvent avoir sur la forme adoptée progressivement par les projets de changement. Adopter cet angle d'analyse permet notamment de capter les aspects adaptatifs, continus et cumulatifs de ces dynamiques et de montrer leur potentiel pour produire des changements substantiels.

Ceci va dans le sens d'une vision du changement comme une improvisation (Weick, 2001). On en trouve une bonne illustration dans les travaux pionniers d'Orlikowski (1996) qui montrent qu'un changement radical peut naître d'une série d'improvisations, d'innovations et d'ajustements des pratiques de travail des opérateurs, au fil du temps. Or, comme le rappelle Weick, « *improvisation does not materialize out of thin air. Instead, it materializes around a simple melody that provides the pretext for real-time composing* » (Weick, 2001, p. 290). Notre démonstration du caractère *path-dependent* du processus de changement va dans ce sens en montrant qu'il peut certes être conçu comme une improvisation, mais une improvisation qui demeure ancrée dans une « mélodie » initiale. Nos résultats ont d'ailleurs montré que l'improvisation pouvait s'éloigner plus ou moins de ce point de départ selon la variété et la quantité d'informations dont disposaient les acteurs pour construire le sens lors des périodes de perturbation.

Ceci ouvre une réflexion sur la façon de concevoir la résistance au changement lors de la mise en œuvre de projets de changement. En effet, concevoir le changement comme une improvisation où des acteurs tentent d'agir collectivement de façon sensée et cohérente remet en question la conception de la résistance comme une réaction dysfonctionnelle et irrationnelle des destinataires du changement (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008). Sans tomber pour autant dans l'excès contraire qui consisterait à « célébrer la résistance » (Thomas & Hardy, 2011), nous croyons cependant que cette conception du changement permet de recadrer la résistance comme une source d'information sur la progression du projet de changement (Ford & Ford, 2009; Ford et al., 2008). Ceci est d'autant plus valable dans les organisations professionnelles étant donné l'influence importante qu'exercent les professionnels sur leur travail.

Contributions substantives

Des contributions substantives se dégagent également de notre étude. Elles s'appuient cette fois sur des constats concernant l'effet du processus de sensemaking sur l'évolution de l'offre de services intégrés. À cet égard, nos résultats ont révélé les différentes formes qu'a prises l'intégration des services au fil du temps au sein d'un même contexte organisationnel. Ce qui s'en dégage est une nette tendance à la spécialisation des services sur la base des clientèles et s'accompagnant de différences tangibles dans la façon d'offrir des services. Ceci s'apparente à une différenciation au sens de Lawrence et Lorsch (1967a). Cette tendance est bien documentée en théories des organisations où elle est décrite comme essentielle pour répondre aux exigences de l'environnement (par exemple, l'hétérogénéité des clientèles). Ceci se reflète d'ailleurs de plus en plus dans les travaux sur l'intégration en santé mentale et en dépendance (Minkoff & Cline, 2004; Rush et al., 2008a). Ces travaux font peu état, cependant, des défis associés à la différenciation des services au sein d'un même contexte organisationnel. En révélant quatre de ces défis, notre étude se démarque de la littérature existante et apporte une contribution substantive significative à la compréhension du phénomène de mise en œuvre de services cliniques intégrés en contexte organisationnel.

Le premier défi se rapporte à la masse critique de patients. Il s'agit d'un défi dans la mesure où la quantité de patients par spécialité doit être suffisante pour permettre aux professionnels d'expérimenter et d'ajuster leurs pratiques en continu selon les besoins de la clientèle. Nos résultats suggèrent que cette exigence est particulièrement déterminante au démarrage. Le second défi consiste à concilier les exigences de la spécialisation avec celles de la multidisciplinarité. Il se pose de façon aiguë lorsqu'il n'y a qu'un seul professionnel par discipline, comme à la Clinique. Dans un tel cas, le regroupement des professionnels autour d'une clientèle peut certes favoriser la spécialisation des professionnels, mais il risque également d'entraver l'accès des patients à l'ensemble des expertises. Le troisième défi est étroitement lié au précédent. Il se rapporte à la nécessité de préserver une cohérence suffisante entre les programmes pour qu'il demeure possible aux différents professionnels d'unir leurs efforts et de collaborer quand la complexité des problèmes à résoudre l'exige. Ce défi renvoie aux travaux classiques de Lawrence et Lorsch (1967a, 1967b) sur la relation inverse entre différenciation et intégration. Selon cette perspective, plus une organisation est différenciée, plus il lui est difficile de demeurer intégrée, c'est-à-dire de maintenir une collaboration entre ses unités spécialisées. Bien que ceci n'ait pas été le point focal de cette première étude, nos résultats suggèrent néanmoins que ce défi a été ressenti et s'est même exacerbé à mesure qu'a progressé l'intégration des services dans les programmes. Il est possible que la succession de coordonnateurs observée dans les dernières années ait pu contribuer à son émergence en entravant l'exercice du rôle d'intégration généralement associé à cette fonction. Le quatrième défi, finalement, consiste à développer et préserver une cohérence à l'intérieur de chaque programme. Considérant la grande variété de profils cliniques chez la population aux prises avec un trouble concomitant, il apparaît inévitable que cette variété se reflète également au sein des programmes mis en œuvre à leur intention. En préservant la cohérence interne de chaque programme, on évite ainsi une fragmentation excessive des services.

Cette contribution déborde du champ des services intégrés en santé mentale et en dépendance. En effet, elle suscite un ensemble de réflexions qui portent plus globalement

sur l'intégration dans le domaine de la santé. Notre réflexion prend appui sur la logique qui nous semble prévaloir actuellement pour concevoir les besoins d'intégration en santé, soit la logique de clientèle. Selon cette logique, la clientèle est définie en fonction des problèmes de santé pour lesquels une approche intégrée apparaît souhaitable. Ces problèmes sont opérationnalisés le plus souvent à travers le diagnostic médical. Ceci s'insère parfaitement dans le modèle de gestion par regroupement des clientèles qui est prôné au Québec depuis une quinzaine d'années (Blouin & Association des hôpitaux du Québec, 1995; Bretton & Association des hôpitaux du Québec, 2000). Comme le mentionne Audet (2006), cette approche est promue au nom du bien-être des patients, ce qui est une valeur difficilement contestable dans le secteur de la santé.

La décision de mettre sur pied la Clinique en est un bon exemple puisqu'elle visait à mieux répondre aux besoins des personnes aux prises avec un double problème, soit un problème de santé mentale et un problème de dépendance. Le développement progressif de programmes de traitement au sein de la Clinique en constitue un autre exemple tout aussi éloquent. En effet, ces programmes se sont développés progressivement afin de mieux desservir des clientèles se distinguant notamment par la nature du problème de santé mentale concomitant au problème de dépendance.

Or, comme l'a montré notre étude, bien qu'elle vise à pallier aux conséquences de la division du travail et de la différenciation des services qui en découle, la logique de clientèle risque de créer une différenciation additionnelle des services et d'autres besoins d'intégration auxquels il faudra de nouveau répondre. Comme nous l'avons mentionné dans la recension des écrits, l'intégration des services se conçoit comme un continuum où l'éventail d'interventions considérées nécessaires à intégrer peut être plus ou moins étendu (World Health Organization, 2008). En ce sens, il demeurera toujours des sphères qui seront exclues de la définition initiale d'un projet d'intégration, ce qui pourra créer une expérience de soins ressentie par les patients comme étant insuffisamment intégrée. Les pressions vers une accentuation de l'intégration sont d'autant plus susceptibles d'être importantes dans un contexte de services surspécialisés comme celui de la Clinique, étant

donné le renouvellement constant des pratiques attendu de ces organisations et la complexité des tâches qui leur incombent.

Le portrait qui se dégage de ces réflexions s'inscrit dans la lignée des travaux de Lawrence et Lorsch (1967a, 1967b) pour qui intégration et différenciation sont en tension l'une avec l'autre; en ce sens, les solutions pensées pour répondre aux besoins de l'une ont nécessairement des effets sur l'autre, d'où la nécessité d'ajustements successifs et constants. En conséquence, les projets d'intégration des services cliniques constituent au mieux des solutions provisoires à des problèmes d'intégration ressentis par les patients, mais nullement des solutions définitives à ces problèmes. Les quatre défis associés à la différenciation des services que nous avons déterminés dans notre étude l'illustrent de façon éloquente.

Une question qui se pose est s'il existe des solutions alternatives à la logique de clientèle et qui mériteraient d'être explorées. Le mouvement actuel en faveur d'une implication accrue des patients et de leur famille dans les activités d'amélioration continue de la qualité pourrait représenter un élément de réponse. Plusieurs auteurs y voient une façon de s'assurer que ces initiatives d'amélioration de la qualité correspondent réellement aux besoins et aux attentes des patients et de leur famille (Dawda, Jankins & Varnam, 2010; Gagliardi, Lemieux-Charles, Brown, Sullivan & Goel, 2008; Wensing & Elwyn, 2002). En tant que témoins privilégiés des efforts d'intégration des services cliniques, les utilisateurs de services de santé mentale et de dépendance sont touchés de près par ces questions. À cet égard, les travaux de Campbell, Gately et Gask (2007) réalisés auprès de personnes aux prises avec divers problèmes de santé mentale chroniques ont montré que ces personnes étaient parfaitement en mesure de communiquer clairement ce qui constitue pour eux des soins de qualité. Ainsi, afin de s'assurer que les efforts d'intégration des services permettent réellement d'atteindre leurs objectifs, le recours accru à la perspective des patients sur leur expérience de soins apparaît une piste prioritaire pour l'avenir.

9.2 Contributions et réflexions entourant l'article 2

Notre second article examine la mise en œuvre de services cliniques intégrés, cette fois, sous l'angle de l'identité organisationnelle. Cet article s'intitule « *Constructing Organizational Identity in a Professional Context: A Journey Through Ambiguity* ». Il vise à mieux comprendre le processus et les pratiques de travail à travers lesquels se construit progressivement l'identité organisationnelle en contexte professionnel.

Bien que la question de l'identité organisationnelle soit l'objet d'un intérêt croissant actuellement, peu de recherches se sont attardées spécifiquement à son processus de construction dans le cadre d'une nouvelle organisation, encore moins lorsque celle-ci a pour objet d'offrir des services cliniques intégrés. L'article 2 permet d'éclairer ce processus en s'attardant plus particulièrement aux pratiques de travail à travers lesquelles il prend forme. Cet intérêt pour les pratiques de travail, notamment celles des opérateurs professionnels, se justifie par le contexte professionnel de l'organisation étudiée. Ainsi, pour capter l'identité organisationnelle, il est apparu essentiel d'aller au-delà de la façon dont les membres répondent à la question « qui sommes-nous comme organisation? » pour regarder de plus près ce qu'ils *font* comme organisation. Dans cette perspective, la construction de l'identité organisationnelle se conçoit comme un processus de construction de sens à travers lequel les membres organisationnels développent une représentation collective de ce qu'ils croient être central et distinctif au sujet de leur organisation.

Les données ont été analysées à partir d'un cadre d'analyse s'articulant autour de la notion d'ambiguïté identitaire (cf. figure 9-1). Les pratiques ont été conceptualisées comme étant orientées vers la connexion, d'une part, lorsqu'elles vont dans le sens de développer ou d'entretenir des liens entre des éléments interdépendants se trouvant tant à l'intérieur des frontières de l'organisation que dans l'environnement. Elles ont été considérées orientées vers l'autonomie, d'autre part, lorsqu'elles vont dans le sens de préserver la marge de manoeuvre entre ces différents éléments interdépendants. Cette catégorisation s'inspire directement de la dialectique du *loose coupling* développée par Orton et Weick (1990).

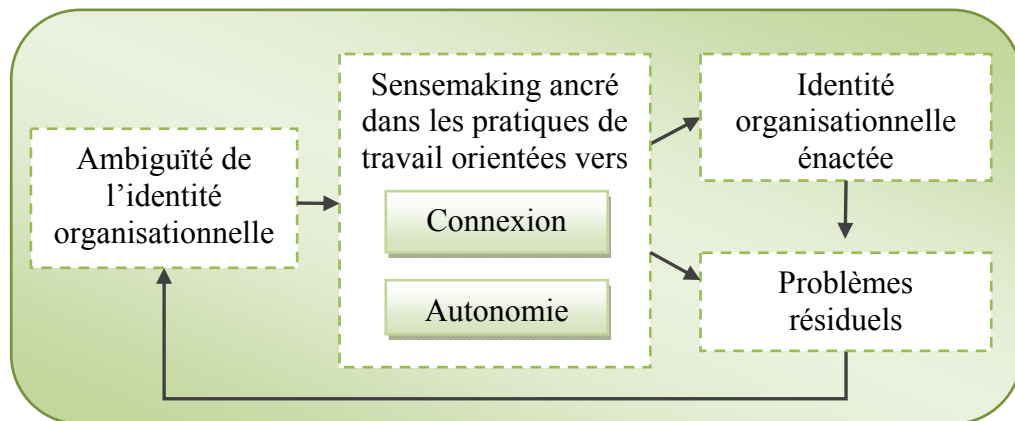


Figure 9-1: Cadre d'analyse de la dynamique de construction de l'identité organisationnelle

Trois contributions principales se dégagent de notre étude. Nous les présentons l'une après l'autre dans le texte qui suit. Nous enchaînons ensuite par une discussion globale. La première contribution est d'ordre théorique. Elle découle de la confirmation empirique que l'ambiguïté identitaire est un élément central et récurrent du processus de construction identitaire. Dans notre étude, en effet, l'ambiguïté est à l'origine des efforts de construction de sens des membres cherchant à clarifier « qui nous sommes comme organisation ». Or, en dépit de ces efforts soutenus, l'ambiguïté identitaire n'a jamais été entièrement résolue, mais s'est perpétuée au gré des événements, se manifestant sous d'autres formes et soulevant de nouveaux enjeux sur le plan identitaire. Ceci vient souligner la pertinence et l'originalité du cadre que nous avons développé pour analyser le processus de construction identitaire. En conceptualisant ce dernier comme un processus de sensemaking, notre cadre permet ainsi d'articuler l'expérience d'ambiguïté des membres organisationnels avec les dimensions cognitives, discursives et orientées vers l'action de la construction identitaire. À notre connaissance, ces trois dimensions n'ont jamais été liées de la sorte dans un même cadre d'analyse. Aussi, en représentant la construction de l'identité organisationnelle comme une succession de boucles, il devient alors possible de révéler l'enchaînement des moments où l'identité énoncée permet certes de réduire l'ambiguïté, mais génère aussi des problèmes résiduels qui pourront à leur tour alimenter de nouvelles zones d'ambiguïté.

Les deux autres contributions importantes de notre étude sont d'ordre substantif. D'abord, notre étude a permis de démontrer empiriquement que la stabilité et le changement d'identité organisationnelle peuvent coexister. Ceci s'appuie sur deux observations. La première a trait aux labels qui ont été inspirés par le fondateur de la Clinique et qui ont persisté, malgré son départ. La seconde est liée aux fluctuations considérables des significations associées à chaque label. Ces observations suggèrent que l'impulsion donnée par le fondateur a représenté un ancrage identitaire déterminant pour la Clinique, conférant une certaine stabilité à son identité, sans empêcher son évolution au fil du temps. Elles appuient solidement la remise en question du caractère durable auparavant

accolé au concept d'identité organisationnelle (Albert & Whetten, 1985), sans pour autant exclure l'idée d'une continuité.

Ensuite, nos résultats ont permis de révéler le besoin de maintenir en équilibre les pratiques de connexion et les pratiques d'autonomie, et ce, afin de construire une identité organisationnelle qui soit solide. Ce constat s'appuie sur le patron des pratiques que notre analyse a permis de dégager. D'une part, nous avons observé un effritement progressif des pratiques orientées vers la connexion, tant de la Clinique avec ses partenaires qu'entre ses unités de production. D'autre part, nous avons observé une accentuation progressive des pratiques orientées vers l'autonomie entre les unités de production. Cette dynamique s'est trouvée étroitement liée aux événements perturbateurs auxquels les membres organisationnels ont eu à faire face (ex. : décès du fondateur) et aux efforts consécutifs de construction de sens qu'ils ont dû déployer. Or, notre analyse indique que ce déséquilibre grandissant entre les deux types de pratiques s'est accompagné d'un sentiment de précarité des membres organisationnels relativement à "qui nous sommes comme organisation", témoignant en cela d'un délitement progressif de l'identité organisationnelle.

Une première réflexion soulevée par ces résultats est la complémentarité qui existe entre le niveau d'analyse utilisé ici et celui adopté dans l'article précédent. Il nous semble, en effet, que de considérer ce qui se passe à la fois au niveau organisationnel et au niveau des pratiques professionnelles permet globalement de mieux comprendre le phénomène de mise en œuvre des services cliniques intégrés. Ceci s'inscrit dans l'idée bien établie qu'il existe plusieurs niveaux d'intégration et que ces niveaux circonscrivent des sphères d'intégration particulières (ex : intégration fonctionnelle, structurelle, professionnelle et clinique) (Contandriopoulos et al., 2001; Nolte & McKee, 2008; Shortell et al., 1993).

Nos résultats ont montré cependant que ces niveaux ne font pas que se juxtaposer, mais qu'ils s'imbriquent et même s'enchevêtrent les uns aux autres. En effet, l'offre de services intégrés qui a émergé progressivement de l'intégration des pratiques des professionnels a façonné considérablement le processus de construction de l'identité

organisationnelle. Inversement, l'identité énoncée successivement par les membres au plan de l'encadrement structurel et de la production des services a constitué un ensemble de contraintes et d'opportunités qui ont orienté progressivement la forme prise par l'offre de services intégrés. Autrement dit, tant le contexte de mise en œuvre que l'objet mis en œuvre ont coévolué et se sont transformés progressivement, au fil du temps.

Ceci amène à concevoir le phénomène de mise en œuvre de services cliniques intégrés comme s'actualisant à travers des niveaux d'intégration interdépendants, et ne pouvant être réduit aux composantes qui sont l'objet de l'intégration. Ceci soulève deux réflexions. Notre première réflexion est que cette façon de cadrer le phénomène nous oblige à nous tourner vers des modèles de gestion en mesure de réaliser concrètement cette imbrication entre le clinique et l'organisationnel. Cette nécessité se reflète précisément dans certains modèles d'organisation des services en vogue actuellement, notamment le partenariat médico-administratif (Denis, Gibeau, Langley, Pomey, & Van Schendel, 2012) et la gouvernance clinique (Brault, Roy, & Denis, 2008; Ham, 2003; Wright, Smith, & Jackson, 1999). Ce n'est pas notre intention de discuter ici de la valeur de chacun. Cependant, il nous semble opportun de rappeler qu'une partie de leur succès devrait se mesurer dans leur capacité effective à faire se communiquer les mondes de la gestion et de la clinique trop souvent et inutilement séparés l'un de l'autre. Notre seconde réflexion amène à s'interroger sur la signification des analyses d'implantation qui focaliseraient uniquement sur la sphère clinique, sans considérer plus largement le contexte. Considérant la discussion qui précède, il nous semble que ces analyses seraient hautement susceptibles de fournir un portrait réducteur de la situation.

Une autre réflexion se dégage de la mise en perspective des contributions de ce deuxième article avec celles issues du premier article. Ainsi, il est possible de voir une correspondance étroite entre les deux types de pratiques de couplage documentées dans notre étude (celles orientées vers la connexion et celles orientées vers l'autonomie) et les tensions entre intégration et différenciation discutées dans le premier article. En effet, les pratiques de couplage orientées vers la connexion, du fait d'aller dans le sens de développer

ou d'entretenir des liens entre différents éléments interdépendants, contribuent par définition au processus d'intégration de ces éléments. Les pratiques orientées vers l'autonomie, en agissant dans le sens de préserver la marge de manoeuvre entre ces différents éléments interdépendants, contribuent pour leur part au processus de différenciation.

Cette mise en correspondance ouvre des perspectives relativement à la conduite du changement lors de la mise en œuvre de services cliniques intégrés et, plus largement, de tout projet de changement en contexte professionnel. D'abord, la notion de pratique de couplage nous semble avoir une pertinence heuristique pour les gestionnaires qui cherchent à répondre à la fois aux besoins d'intégration et de différenciation qui se manifestent dans leur contexte organisationnel. En orientant vers le caractère processuel et construit du phénomène, et ce, aux différents niveaux où s'observe l'interdépendance, la notion de pratique de couplage permet d'éviter de considérer l'organisation comme figée (Orton & Weick, 1990). Étant donné le caractère dynamique de la mise en œuvre du changement que nos deux premiers articles ont permis de révéler, ceci nous apparaît un élément fondamental de la conduite de tout changement en contexte professionnel.

La seconde perspective ouverte relativement à la conduite du changement concerne la question de l'ambiguïté. Nos résultats ont indiqué que cette dernière a été particulièrement importante et récurrente dans le contexte de la Clinique. Selon Weick (2001), les connexions lâches (*loose coupling*) et variables sont des sources importantes d'ambiguïté, et l'une des tâches des gestionnaires consisterait à maintenir cette ambiguïté à un niveau tolérable. Ceci s'inscrit d'ailleurs dans le prolongement d'un courant de recherche relativement récent qui considère l'ambiguïté non comme un phénomène organisationnel transitoire et devant être résolu, mais comme un état persistant (Alvesson, 2001; Robertson & Swan, 2003). Dans ce sens, « *irony, paradox, and contradiction are routine features of organizational life that attest to the fundamental irrationality of organizing* » (Trethewey & Ashcraft, 2004, p. 83). Or, il nous semble que les différentes pratiques de couplage identifiées à la Clinique représentent un répertoire utile pour

informer sur différentes façons de maintenir l'ambiguïté à un niveau tolérable. Ces différentes pratiques se composent à des degrés divers d'actions, d'interactions et de langage, lesquels sont les mécanismes de liaison (*binding mechanisms*) favorisant la stabilité des connexions (Weick, 2001). Bien entendu, ces pratiques sont appelées à prendre diverses formes selon les contextes, mais la préoccupation d'assurer un équilibre entre celles orientées vers la connexion et celles orientées vers l'autonomie devrait pour sa part demeurer constante.

9.3 Contributions et réflexions entourant l'article 3

Le troisième article de la thèse s'intitule « *Dual Diagnosis Services : For a Better Understanding of their Implementation* ». Contrairement aux deux articles précédents dont la démarche repose sur une collecte de données « terrain », cet article propose plutôt une analyse critique d'écrits scientifiques. L'objet d'étude demeure cependant le même, soit la mise en œuvre de services intégrés. Cet objet est examiné cette fois à travers la façon dont les études d'implantation des services intégrés en santé mentale et toxicomanie ont été menées jusqu'à présent. L'intérêt d'adopter un tel angle d'analyse vient du fait qu'en dépit des connaissances croissantes sur l'importance de facteurs d'implantation particuliers, la difficulté à mettre en œuvre des services intégrés demeure toujours considérable. L'article vise conséquemment à dégager une réflexion sur les possibilités de recherche futures en la matière.

La méthode employée a d'abord consisté à mettre à jour une recension récente des écrits sur l'implantation de services intégrés en santé mentale et toxicomanie publiée en 2011 par Torrey et collaborateurs. Les articles répertoriés ont ensuite été caractérisés, puis catégorisés selon leur façon d'étudier l'implantation : d'une part, selon que l'approche adoptée est centrée sur le contenu ou bien centrée sur le processus et, d'autre part, selon que la visée de la recherche est descriptive ou bien explicative. Cette catégorisation est inspirée très largement d'une typologie développée par Thiétart (2007) dans le domaine de la recherche en management.

Notre analyse apporte une contribution originale à la littérature existante sur l'implantation des services intégrés en santé mentale et en dépendance. Cette contribution s'articule autour de trois points précis. Nous les présentons l'un après l'autre dans le texte qui suit. Ces points sont ensuite discutés en lien avec les contributions des deux premiers articles.

Le premier point concerne l'évaluation des effets de l'implantation, plus particulièrement la tendance observée dans les articles à évaluer ces effets le plus souvent à travers une mesure de fidélité. Ceci soulève des questions importantes. D'abord, les outils de mesure actuels ne sont probablement pas applicables à tous les contextes puisqu'ils sont développés en cohérence avec un modèle organisationnel particulier. Or, il existerait une variété de façons d'organiser les services pour offrir des services intégrés (Brousselle, Lamothe, Mercier, & Perreault, 2007; Rush et al., 2008a). Une autre question à considérer est liée à la période de temps allouée avant de procéder à l'évaluation des effets, laquelle période doit être suffisante pour couvrir la dynamique d'implantation dans son ensemble (Durlak & DuPre, 2008). La dernière question, finalement, amène à s'interroger sur la nécessité de mesurer les effets de l'implantation pour mieux comprendre son processus. Dans le domaine de l'évaluation, par exemple, il existe certains types d'analyse des processus visant spécifiquement à mieux comprendre comment le contexte façonne progressivement l'intervention (Champagne et al., 2009). Dans cette perspective, il n'est pas nécessaire de connaître précisément l'effet de l'implantation pour en apprendre davantage sur le comment et le pourquoi du processus d'implantation.

Le second point sur lequel repose la contribution de cet article concerne la façon d'approcher l'implantation, plus particulièrement, la tendance à privilégier une approche orientée vers le contenu, le plus souvent avec une visée explicative. Typiquement, on cherche alors à cerner les facteurs les plus déterminants pour expliquer le niveau d'implantation atteint après une période déterminée. Ce choix d'approche a pour effet de présenter les facteurs d'implantation comme des objets bien définis. Ceci comporte le risque de véhiculer une conception réductrice du phénomène. Dans le cours des

événements, en effet, les « facteurs d'implantation » sont sans doute mouvants et n'agissent probablement pas de façon isolée les uns des autres, mais plutôt en interaction, avec des effets synergiques ou antagonistes (Champagne & Denis, 1992). De plus, il se peut que l'influence qu'ils exercent fluctue, tantôt favorablement, tantôt défavorablement, selon le contexte. Or, en négligeant de considérer ces dynamiques, on s'empêche d'ouvrir véritablement la « boîte noire » du processus d'implantation. Il s'agit pourtant d'un aspect crucial pour comprendre en profondeur le phénomène et espérer le maîtriser.

Finalement, la contribution de l'article se fonde sur un troisième point, soit la propension observée dans les études d'implantation à préconiser les grands échantillons. Ceci va de pair avec l'adoption de procédures standardisées pour collecter et analyser les données pour chaque cas à l'étude de sorte de pouvoir procéder à des comparaisons inter-cas et espérer ainsi accroître la validité externe des études. Or, les contextes d'implantation sont très variables, ce qui fait que des solutions génériques peuvent difficilement être applicables dans chacun d'eux. En tant que systèmes sociaux, ces contextes d'implantation se caractérisent en outre par des dynamiques internes difficilement négligeables (Hackman, 2012). En privilégiant les grands échantillons, on se prive ainsi de connaissances fines sur les contextes, lesquelles sont des plus utiles pour mettre en œuvre des changements dans les organisations. Paradoxalement, c'est précisément le but ultime poursuivi par les différentes études d'implantation examinées.

En somme, la contribution principale de l'article 3 a consisté à susciter une réflexion autour des tendances actuelles dans l'étude de la mise en œuvre des services cliniques en santé mentale et en dépendance. À notre connaissance, ce champ de la recherche n'avait encore jamais fait l'objet d'une telle analyse critique. Or, cette analyse a permis d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion qui pourront à leur tour déboucher sur des façons différentes d'aborder cet objet d'étude. Par exemple, en soulevant une série de questions sur la pratique apparemment généralisée d'évaluer les effets de l'implantation à travers une mesure de fidélité, nos résultats ont permis d'interroger plus globalement la pertinence de cette pratique et sa cohérence en regard des objectifs des études

d'implantation. Ce questionnaire déborde d'ailleurs le champ de la mise en œuvre des services intégrés en santé mentale et en dépendance pour englober différents types de services.

Notre questionnaire s'inscrit en effet dans un vaste champ d'écrits scientifiques sur la mise en œuvre de services intégrés qui englobe d'autres secteurs de la santé. On pense notamment aux travaux sur l'intégration des services pour les patients aux prises avec des conditions chroniques, entre autres, les personnes âgées (De Stampa et al., 2010; Hroschowski et al., 2006; Wagner et al., 2001). Dans le domaine de la santé mentale, l'implantation du modèle de suivi intensif dans la communauté constitue un autre exemple pertinent. Ce modèle est connu dans les écrits de langue anglaise sous l'appellation de Program of Assertive Community Treatment (PACT). Il existe depuis plus de 30 ans et l'on dispose à son sujet de normes d'organisation et de fonctionnement claires, adaptées au contexte québécois et qu'il est recommandé de respecter le plus fidèlement possible (Latimer, Gélinas & Thomson, 2004). Bien que le champ des connaissances sur l'implantation de ce modèle soit beaucoup plus avancé que celui concernant les services intégrés en santé mentale et en dépendance, il nous semble néanmoins que nos réflexions sur la façon d'étudier le processus de mise en œuvre conservent leur pertinence.

D'autres pistes de réflexion se dégagent également de l'article 3 lorsque les contributions qui en découlent sont mises en perspective avec celles issues des deux articles précédents. Ainsi, il nous semble que le constat d'une faible représentation d'études privilégiant une approche orientée vers le processus plutôt que vers le contenu, et la nécessité conséquemment de trouver des moyens de renverser cet équilibre, trouve des éléments de réponse dans l'approche de recherche mobilisée dans l'article 1 et l'article 2 de la thèse. Chacun à leur façon, en effet, ces articles ont révélé des éléments de la dynamique de mise en œuvre des services cliniques intégrés. Ces éléments ont pu être révélés parce que nous avons adopté une approche diachronique du phénomène et un cadre d'analyse concevant l'organisation comme un patron d'actions plus ou moins coordonnées et les individus comme négociant leurs relations, promouvant des valeurs et créant du sens

(Rodriguez & Pozzebon, 2010; Rouleau, 2007; Weick, 1995). Ceci reflète bien le paradigme interprétativiste que nous avons adopté dans le volet empirique de la thèse, mais interroge aussi sur la conception de l'organisation et des acteurs qui est véhiculée par la majorité d'études d'implantation ayant privilégié une approche orientée vers le contenu. Comme il est fort probable que ces conceptions s'éloignent de celles du paradigme interprétativiste, nous pouvons ainsi mesurer la profondeur du changement de mentalité que requerra d'accorder la priorité aux recherches orientées vers le processus et en mesure de rendre compte des dynamiques d'évolution des projets d'implantation.

À cet égard, il est important de rappeler une conclusion centrale de l'article 3, à savoir que l'étiquette « étude du processus d'implantation » peut englober des études très diversifiées dans leur approche ainsi que dans leur finalité. Ainsi, pour accorder une priorité à celles intéressées aux dynamiques d'évolution des projets d'implantation, il faudra aller au-delà de l'étiquette et regarder de près comment l'objet d'étude est opérationnalisé.

9.4 Limites de la démarche

Nous terminons à présent ce chapitre consacré à la discussion des résultats en abordant les principales limites de notre démarche de recherche. En ce qui a trait au volet empirique, trois limites potentielles méritent d'être mentionnées. La première est liée au fait que nous n'avons eu accès au site de recherche que quelques années après l'inauguration de la Clinique. Un accès plus hâtif aurait permis de saisir en temps réel et de façon potentiellement plus approfondie la phase initiale des processus étudiés. Dans les conditions actuelles, cette période initiale a été documentée en grande partie à partir de données rétrospectives. Des précautions ont été prises, cependant, afin de minimiser les limites potentielles à une telle approche (Miller, Cardinal, & Glick, 1997). Nous avons ainsi multiplié les techniques de collecte de données (entrevues, observations, analyse de documents) et avons sollicité la participation d'un maximum de témoins de cette période, tant de la Clinique que des organisations partenaires.

La seconde limite potentielle est la possibilité que des éléments importants du processus n'aient pas reçu toute l'attention qu'ils méritaient en ne ressortant pas comme ils se devaient des entrevues avec les différents informateurs. Par exemple, il est possible que certains informateurs aient choisi d'être discrets sur des sujets de nature sensible, ce qui pourrait avoir eu pour conséquence d'influencer notre compréhension de leur expérience. Bien évidemment, il n'est pas possible d'avoir des garanties à ce sujet, en dépit du fait que nous ayons respecté toutes les recommandations d'usage au sujet de la conduite des entrevues (Patton, 2002). Cependant, nous sommes confiants de la crédibilité des données obtenues pour trois raisons. La première est le climat de confiance que nous avons réussi à créer avec les différents informateurs rencontrés. En effet, plusieurs nous ont exprimé avoir de l'intérêt à discuter de leur expérience à la Clinique puisque cela leur permettait ainsi d'approfondir leur propre réflexion. Ceci témoigne sans aucun doute de leur disposition à discuter en toute franchise de leur expérience. La seconde raison est la convergence observée entre les éléments rapportés par les différents informateurs, d'une part, et avec nos données d'observations, d'autres part. La troisième raison, enfin, réside dans la réaction des informateurs aux différentes étapes de restitution des résultats. Leur impression à la fois de fidélité du contenu et d'absence de complaisance nous semblent des gages additionnels de la crédibilité de nos résultats.

La troisième limite potentielle est relative à notre position en tant que chercheuse, soit celle d'une chercheuse qui est également une professionnelle de la santé avec une expérience de travail dans le domaine de la santé mentale. Il fait peu de doute que cette expérience passée a suscité une familiarité avec l'expérience communiquée par les différents professionnels de la santé rencontrés en entrevue. Ceci comporte des risques. Par exemple, il y a le risque de s'identifier au groupe familial et de développer une sympathie particulière à son égard, puis de laisser ensuite cette partialité teinter l'analyse des données. Considérant notre objet de recherche et la perspective interprétative que nous adoptons, ces réactions sont en partie inévitables et commandent, conséquemment, la plus grande vigilance et une attitude réflexive. Les stratégies documentées au tableau 5-2 et que nous

avons appliquées régulièrement nous semblent des moyens pertinents à cet égard. Parmi ces stratégies, on remarque la prise de notes dans le journal de bord réflexif, les moments de réflexion après relecture de ces notes et les discussions fréquentes avec la directrice de recherche sur l'orientation des analyses.

Le fait qu'il s'agisse d'une étude de cas unique n'est pas une limite en soi, bien que ceci soulève la question de la transférabilité des résultats. Selon Tsoukas (2009), les devis de recherche s'appuyant sur un petit nombre de cas contribuent au plan théorique en raffinant notre conceptualisation de processus généraux. C'est donc moins une généralisation analytique qu'un *raffinement* analytique qui est recherché. En ce sens, notre étude du processus de mise en œuvre de services cliniques intégrés à la Clinique a représenté une occasion d'accroître notre compréhension actuelle du phénomène en révélant certains mécanismes sous-jacents et en montrant comment ces processus s'ancrent dans les pratiques de travail des membres organisationnels.

En ce qui concerne le volet non empirique de la thèse, deux limites potentielles méritent d'être mentionnées. La première se rapporte à la stratégie utilisée pour constituer une base d'articles à analyser. Aurait-on pu trouver des articles additionnels si d'autres stratégies de recherche avaient été employées? Bien que nous nous soyons appuyée sur une recension très récente des écrits et que nous ayons pris la peine de la mettre à jour en appliquant trois stratégies de recherche additionnelles, cette possibilité ne peut être entièrement écartée. Cependant, nous ne croyons pas que ceci diminue la valeur de nos conclusions puisqu'il est peu probable que ces articles additionnels aient pu renverser les tendances nettes identifiées au terme de notre analyse.

Enfin, une dernière limite potentielle se rapporte à la classification des études répertoriées selon la typologie de Thiétart (2007). Comme les méthodes utilisées dans chaque étude répertoriée étaient très variées et décrites avec un niveau de détail et de précision variables et que les catégories étaient elles-mêmes définies en des termes généraux, la possibilité existe qu'une étude ait été mal catégorisée. Afin de prévenir cette

limite, les cas litigieux ont été analysés à plusieurs reprises et discutés à fond avec la directrice de recherche, ce qui nous rend confiante quant au bien-fondé des décisions que nous avons prises et quant à la validité de nos conclusions.

Chapitre 10 Conclusion

L'objectif général que nous avons poursuivi dans la thèse était d'enrichir la compréhension du phénomène de la mise en œuvre de services cliniques intégrés en contexte organisationnel en l'abordant comme un processus collectif de construction de sens. Cet objectif a été atteint à travers deux approches, l'une empirique et l'autre non empirique. La première nous a amenée à étudier comment des acteurs ont construit le sens d'un projet d'intégration à mettre en œuvre à travers leurs actions et leurs interactions. Pour ce faire, nous nous sommes attardée à l'évolution des pratiques professionnelles et de l'identité organisationnelle. Le contexte organisationnel étudié était celui d'une nouvelle organisation de santé créée dans le but d'offrir des services surspécialisés à des personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance. La seconde approche retenue pour atteindre l'objectif général de la thèse nous a amenée à réaliser une analyse critique des écrits. Celle-ci a porté sur la façon actuelle d'étudier le phénomène de la mise en œuvre des services cliniques intégrés pour les personnes aux prises avec un trouble concomitant.

Ces deux approches de recherche ont permis de dégager un ensemble de constats que nous avons discutés au chapitre 9. Nous les résumons à présent à travers les quatre grands constats qui suivent.

Notre premier grand constat est que la mise en œuvre de services cliniques intégrés est un phénomène dynamique, mais sous contrainte. Autrement dit, il s'agit d'un phénomène évolutif qui se définit et se redéfinit au gré des événements, mais avec une tendance lourde à maintenir la direction dans laquelle il s'est déployé initialement. L'énaction et l'engagement des professionnels sont apparus des mécanismes explicatifs centraux à cet égard.

Notre second grand constat est que la mise en œuvre de services cliniques intégrés s'actualise à travers des niveaux d'intégration interdépendants, ce qui signifie que tant le

contexte de mise en œuvre que l'objet qui est mis en œuvre coévoluent et se transforment mutuellement, au fil du temps. Nos résultats ont montré que la notion de « pratiques de couplage » était utile pour capter cette dynamique.

Quoique s'actualisant à travers des niveaux étroitement liés, la mise en œuvre de services intégrés est profondément ancrée dans le sens que les membres organisationnels construisent collectivement du projet d'intégration, à travers leurs actions et leurs interactions de tous les jours. Il s'agit de notre troisième grand constat. Cette construction de sens permet de comprendre comment le contenu et la forme du projet d'intégration se façonnent progressivement, au gré des circonstances, tant dans ses aspects cliniques que dans ses aspects organisationnels.

Enfin, notre quatrième grand constat est que ces dynamiques demeurent relativement peu explorées à ce jour dans les écrits scientifiques portant sur l'implantation de services intégrés en santé mentale et en dépendance. Nous faisons l'hypothèse que le manque de reconnaissance de ces dynamiques pourrait expliquer une partie des difficultés à faire progresser les pratiques vers une intégration accrue.

Quoique la démarche de recherche n'ait pas eu pour but premier de déboucher sur des recommandations explicites pour guider la pratique, il nous semble néanmoins que les résultats obtenus offrent un éclairage utile pour tous ceux qui sont intéressés par la mise en œuvre de projets de cette envergure. De même, notre démarche et les résultats obtenus peuvent éclairer les prochaines recherches qui seront réalisées sur la question. Nous concluons ainsi la thèse en explorant brièvement certaines orientations à préconiser concernant la pratique et la recherche sur le sujet.

10.1 Recommandations pour la pratique

Nos premières recommandations pour la pratique concernent tant les gestionnaires que les professionnels de la santé. Tout d'abord, notre analyse du processus de construction

de sens a révélé l'importance cruciale de l'interaction et du partage soutenu d'informations entre les membres organisationnels afin de favoriser la négociation d'un sens partagé dans les situations d'ambiguïté et d'incertitude. Par conséquent, les gestionnaires devraient prévoir divers espaces favorisant les échanges entre les membres organisationnels qui sont impliqués, tant ceux de la clinique que de la gestion. Ceci devrait être réalisé de concert avec les professionnels de la santé, par exemple, en soutenant leurs initiatives en ce sens. Ces espaces apparaissent particulièrement cruciaux au début du processus considérant le caractère *path-dependent* du processus. Aussi, nos résultats ont montré que ces espaces d'interaction demeuraient toujours pertinents à moyen et à long terme. Une attention devrait cependant être portée à ajuster leur format au fur et à mesure que progresse le projet d'intégration afin de s'assurer qu'ils continuent à jouer leur rôle. Cette recommandation ressort comme étant d'autant plus importante dans un contexte de services surspécialisés comme celui de la Clinique où les pratiques doivent s'inscrire dans une logique d'innovation et de renouvellement constant.

Notre seconde recommandation fait suite à la précédente et concerne la capacité des membres organisationnels à alimenter ce processus de construction intersubjective de sens. Ainsi, des efforts concertés devraient être faits par les professionnels et les gestionnaires afin que tous établissent et entretiennent des liens avec d'autres acteurs, hors de leur contexte organisationnel. Il peut s'agir de formations continues, de participation à des comités ou de tout autre type de réseautage. Ce qui importe ici est que les membres organisationnels maximisent les occasions d'acquérir de nouvelles informations et d'enrichir leurs schèmes mentaux pour qu'ensuite, leur capacité collective à construire du sens leur permette de faire face plus efficacement aux situations d'ambiguïté. De tels canaux devraient également être établis avec les patients pour recueillir de l'information sur leur expérience et leur satisfaction par rapport aux services reçus. Dans l'ensemble, cette recommandation nous semble une avenue importante à préconiser pour éviter que le processus de construction de sens ne devienne fermé sur lui-même, et pour faire en sorte

que le contour du projet d'intégration puisse continuer à évoluer en cohérence avec les besoins des patients et de l'environnement.

Notre troisième recommandation pour la pratique concerne spécifiquement les gestionnaires, tant ceux de la haute direction que les gestionnaires de niveau intermédiaire. Dans la conduite du changement, les gestionnaires doivent être vigilants à maintenir l'ambiguïté à un niveau tolérable. Le fait qu'elle ne puisse être éliminée complètement ne signifie pas qu'il faille baisser les bras. Cela signifie plutôt que les gestionnaires devraient être vigilants relativement aux situations d'ambiguïté persistantes et qu'ils devraient tenter de clarifier celles où elle est maintenue de façon inutile et avec un coût élevé pour les employés. Par exemple, dans un contexte comme celui de la Clinique, où des tensions persistantes sont maintenues et amplifiées entre « qui on est » et « qui on devrait être », un effort de clarification apparaît nécessaire pour réduire le sentiment de précarité ambiant et permettre de relancer la construction de sens.

10.2 Recommandations pour la recherche

La première recommandation que nous formulons relativement à la recherche est d'accentuer les études d'implantation orientées vers le processus. Dans l'article 3, nous avons montré qu'en ce qui a trait aux services intégrés en santé mentale et en dépendance, ce type d'étude demeurait sous-représenté actuellement. Pourtant, les articles 1 et 2 ont bien montré le potentiel de telles analyses processuelles pour améliorer la compréhension des dynamiques de mise en œuvre et espérer ultimement les maîtriser. Il s'agit cependant d'un tournant d'envergure. D'une part, cela impliquera de réaliser des études sur une période prolongée et de procéder à une collecte de données en temps réel. D'autre part, cela requerra de passer d'une vision normative du phénomène, où les influences sont vues comme des facteurs facilitant ou des obstacles, à une vision compréhensive du phénomène. Pour ce faire, des cadres d'analyse appropriés devront être adoptés. Ceci nous mène à notre seconde recommandation.

Nous croyons que le sensemaking organisationnel représente un cadre d'analyse pertinent qui devrait retenir davantage l'attention des chercheurs intéressés par l'étude des processus de mise en oeuvre. Notre décision de nous intéresser plus particulièrement aux dynamiques de sensemaking en se rapprochant des opérateurs nous semble en outre une voie à suivre. Il s'agit d'un courant complémentaire au courant traditionnel mettant plutôt l'accent sur le sensemaking des dirigeants, particulièrement ceux de la haute direction. Dans les recherches ultérieures, il serait également souhaitable de considérer simultanément l'implication des acteurs des différents niveaux de l'organisation au processus collectif de construction de sens. Cette piste de recherche est susceptible d'éclairer les relations de pouvoir à travers lesquelles se façonnent et s'enracinent certaines significations en contexte organisationnel. Il s'agit d'une dimension du sensemaking qui demeure encore négligée dans les travaux contemporains (Maitlis et Sonenshein, 2010; Weick *et al.*, 2005). L'article 1 a permis d'explorer cette question en examinant comment certains professionnels (médecins et non-médecins) sont parvenus à orienter le processus de sensemaking dans une direction alignée sur leurs préférences. Des recherches additionnelles sont néanmoins requises pour confirmer les dynamiques observées dans d'autres contextes professionnels et pour approfondir la compréhension des mécanismes en cause.

Une troisième recommandation pour la recherche consiste à réutiliser dans d'autres contextes organisationnels le cadre d'analyse que nous avons développé aux fins de l'article 2 pour capter le processus de construction identitaire. Il nous apparaîtrait particulièrement intéressant d'appliquer ce cadre à des contextes potentiellement moins marqués par l'ambiguïté identitaire, par exemple, pour analyser le cas d'une organisation professionnelle dotée d'une administration entièrement autonome plutôt que rattachée à des organisations parents, comme l'était l'organisation que nous avons étudiée. Ces études additionnelles ont le potentiel de raffiner la façon actuelle de comprendre les dynamiques identitaires participant au processus de mise en oeuvre, par exemple, en révélant d'autres patrons dans les pratiques de couplage et leur influence sur l'identité énoncée.

Finalement, notre dernière recommandation en lien avec la recherche est de rapprocher les études sur la mise en œuvre de services intégrés des préoccupations de ceux à qui les services sont destinés, soit les patients. Ceci nous apparaît une orientation importante pour l'avenir puisque la mise en œuvre de services intégrés représente un moyen pour favoriser la continuité des soins aux patients et de meilleurs résultats de santé, non une fin en soi (Wistow & Dickinson, 2012). Ceci devrait se traduire par une collecte de données auprès des patients, parallèlement à la collecte de données auprès des membres organisationnels. En effet, les patients tout comme leur famille, représentent des sources d'information privilégiés pour renseigner sur leurs préférences, leur expérience de soins ainsi que sur leur évaluation des services reçus. Cette recommandation est cohérente avec le tournant des soins centrés sur le patient (Spragins & Lorenzetti, 2008). Son application aurait le grand avantage de renseigner sur la concordance entre ce qui est promu au nom du bien-être des patients et l'expérience que ces derniers en font dans la réalité. Ceci pourrait contribuer aux efforts d'amélioration continue de la qualité des services et, ultimement, à l'amélioration des résultats de santé des patients (Wensing & Elwyn, 2002).

Cette dernière recommandation a l'avantage de rappeler la raison d'être ultime de tous ces travaux de recherche réalisés à ce jour sur la question de l'intégration des services cliniques. En nous intéressant, dans la thèse, à sa mise en œuvre en contexte organisationnel sous l'angle du sensemaking, nous espérons sincèrement avoir pu contribuer à progresser un peu plus dans cette direction.

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Albert, S., & Whetten, D. A. (1985). Organizational Identity. *Research in organizational behavior*, 7, 263-295.
- Allard-Poesi, F. (2005). The paradox of sensemaking in organizational analysis. *Organization*, 12(2), 169-196.
- Allard-Poesi, F., & Maréchal, C.-G. (2007). Construction de l'objet de la recherche. In R. A. Thiétart (Ed.), *Méthodes de recherche en management, 3e édition* Paris: Dunod.
- Alvesson, M., & Empson, L. (2008). The construction of organizational identity: Comparative case studies of consulting firms. *Scandinavian Journal of Management*, 24(1), 1-16.
- Alvesson, M., Lee Ashcraft, K., & Thomas, R. (2008). Identity Matters: Reflections on the Construction of Identity Scholarship in Organization Studies. *Organization*, 15(1), 5-28.
- Alvesson, M. (2001). Knowledge work: Ambiguity, image and identity. *Human Relations*, 54(7), 863-886.
- American Psychiatric Association / DSM-5 Development. (2012). Substance Use and Addictive Disorders. Retrieved 18 juin 2012, from <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SubstanceUseandAddictiveDisorders.aspx>
- Anderson, R. A., & McDaniel, R. R. J. (2000). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review*, 25(1), 83-92.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence: Igitur.

- Arweiler, D., Noyeau, É., Charlin, B., Millette, B., & Hodges, B. (2010). Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale*, 11(4), 239-253.
- Audet, M. (2006). *La mise en oeuvre d'un mode de gestion des soins et services de sante par regroupement des clientèles: le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Avenier, M.-J., & Gavard-Perret, M.-L. (2008). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. In M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon & A. Jolibert (Eds.), *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Cachan Cedex: Lavoisier Éditions.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. *Organization Studies*, 26(11), 1573-1601.
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2007). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In R. A. Thiétart (Ed.), *Méthodes de recherche en management*. Paris: Dunod.
- Bédard, D., Lazure, D. & Roberts, C.A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Québec: Ministère de la Santé du Québec.
- Blouin, H., & Association des hôpitaux du Québec. (1995). *Cadre de référence sur la reconfiguration*. Montréal: Association des hôpitaux du Québec.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Brault, I., Roy, D., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 167-173.

- Bretton, J. C., & Association des hôpitaux du Québec. (2000). *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*. Association des hôpitaux du Québec.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning, 30*(1), 94-104.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. and Perreault, M. (2010). Key enhancing factors for integrating services for patients with mental and substance use disorders. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis, 3*(3), 203-218.
- Brown, M., & McCool, B. P. (1986). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review, 11*(4), 7-19.
- Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B.L., Jones, A.M. and McHugo, G.J. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services, 59*(9), 989–995.
- Buchanan, D. A., Addicott, R., Fitzgerald, L., Ferlie, E., & Baeza, J. I. (2007). Nobody in charge: Distributed change agency in healthcare. *Human Relations, 60*(7), 1065-1090.
- Campbell, S. M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illness, 3*(1), 46-65.
- Carlson, L., Rapp, C., & Eichler, M. (2012). The experts rate: Supervisory behaviors that impact the implementation of evidence-based practices. *Community Mental Health Journal, 48*(2), 179-186.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Services Integration. COCE Overview Paper 6*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. In *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social, 41*(1), 143-163.
- Chandler, D. (2009). Implementation of integrated dual disorders treatment in eight California programs. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 12*(4), 330-351.
- Chow, C.M., Wieman, D., Cichocki, B. Qvicklund, H. & Hiersteiner, D. (2012): Mission impossible: treating serious mental illness and substance use cooccurring disorder with integrated treatment: a meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, DOI:10.1080/17523281.2012.693130.
- Chreim, S., & Tafaghod, M. (2012). Contradiction and Sensemaking in Acquisition Integration. *The Journal of Applied Behavioral Science, 48*(1), 5-32.
- Clark, S. M., Gioia, D. A., Ketchen, D. J., & Thomas, J. B. (2010). Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger. *Administrative Science Quarterly, 55*(3), 397-438.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial Treatment Programs for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse. *Schizophrenia Bulletin, 34*(2), 226-228.
- Cloutier, R., Lesage, A., Landry, M., Kairouz, S., & Ménard, J.-M. (2012). Clinical measurement of addictions. *Drug and Alcohol Review, 31*(1), 33-39.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8*(2), 38-52.
- Corley, K. G. (2002). *Breaking Away: An Empirical Examination of How Organizational Identity Changes During a Spin-Off*. Unpublished dissertation, The Pennsylvania State University.
- Corley, K. G., & Gioia, D. A. (2004). Identity Ambiguity and Change in the Wake of a Corporate Spin-Off. *Administrative Science Quarterly, 49*(2), 173-208.

- Corley, K. G., Harquail, C. V., Pratt, M. G., Glynn, M. A., Fiol, C. M., & Hatch, M. J. (2006). Guiding Organizational Identity Through Aged Adolescence. *Journal of Management Inquiry*, 15(2), 85-99.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. UK: The King's Fund.
- Daar, A. S., Singer, P. A., Leah Persad, D., Pramming, S. K., Matthews, D. R., Beaglehole, R., et al. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, 450(7169), 494-496.
- David, P.A. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *The American Economic Review*, 75(2), 332-337.
- Dawda, P., Jankins, R. & Varnam, R. (2010). *Quality improvement in general practice*. London: The King's Fund.
- Denis, J.-L., Gibeau, É., Langley, A., Pomey, M. P., & Van Schendel, N. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif: État des connaissances*. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., et al. (2009). The reciprocal dynamics of organizing and sense-making in the implementation of major public-sector reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), 225-248.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Department of Health (2002). *Dual diagnosis good practice guide*, London, UK.
- Department of Health. (2008). *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report*. Department of Health.
- De Stampa, M., Vedel, I., Mauriat, C., Bagaragaza, E., Routelous, C., Bergman, H., et al. (2010). Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of*

Integrated Care [serial online] 2010 Feb 18;10. Available from: <http://www.ijic.org>.
URN:NBN:NL:UI:10-1-100748.

- Donald, M., Dower, J., & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, 60, 1371-1383.
- Dopson, S., Fitzgerald, L. and Ferlie, E. (2008). Understanding change and innovation in healthcare settings: reconceptualizing the active role of context. *Journal of Change Management*, 8(3-4), 213-231.
- 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.
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2010). Implementing Integrated Mental Health and Substance Abuse Services. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(3-4), 251-262.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(7), 360-374.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
- Dunbar, R. L. M., & Garud, R. (2009). Distributed Knowledge and Indeterminate Meaning: The Case of the Columbia Shuttle Flight. *Organization Studies*, 30(4), 397-421.

- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 327-350.
- Eccles, M., & Mittman, B. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science, 1*(1), 1.
- Empson, L. (2004). Organizational identity change: managerial regulation and member identification in an accounting firm acquisition. *Accounting, Organizations and Society, 29*(8), 759-781.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The Nonspread of Innovations: The Mediating Role of Professionals. *The Academy of Management Journal, 48*(1), 117-134.
- Ferrin, D. L., Bligh, M. C., & Kohles, J. C. (2008). It takes two to tango: An interdependence analysis of the spiraling of perceived trustworthiness and cooperation in interpersonal and intergroup relationships. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 107*(2), 161-178.
- Fiol, C. M. (2002). Capitalizing on paradox: The role of language in transforming organizational identities. *Organization Science, 13*(6), 653-666.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Fleury, M.-J. & Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, 10*(1), pp. 21-38.
- Ford, J. D., Ford, L. W., & D'Amelio, A. (2008). Resistance to change: The rest of the story. *The Academy of Management Review, 33*(2), 362-377.
- Ford, J. D., & Ford, L. W. (2009). Decoding Resistance to Change. *Harvard Business Review, 87*(4), 99-103.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance : The social structure of medical care*. New York : Atherton Press.

- Gagliardi, A. R., Lemieux-Charles, L., Brown, A. D., Sullivan, T., & Goel, V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. *Patient Education and Counseling, 70*(2), 234-241.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & health services administration, 38*(4), 467-489.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal, 12*(6), 433-448.
- Gioia, D. A., Price, K. N., Hamilton, A. L., & Thomas, J. B. (2010). Forging an Identity: An Insider-outsider Study of Processes Involved in the Formation of Organizational Identity. *Administrative Science Quarterly, 55*(1), 1-46.
- Gioia, D. A., Schultz, M., & Corley, K. G. (2000). Organizational Identity, Image, and Adaptive Instability. *The Academy of Management Review, 25*(1), 63-81.
- Gioia, D. A., & Thomas, J. B. (1996). Identity, image, and issue interpretation: Sensemaking during strategic change in academia. *Administrative Science Quarterly, 41*(3), 370-403.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review, 26*(1), 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration. *Health Care Management Review, 26*(1), 70-84.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2004). Systèmes compliqués et complexes: les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé. In P.-G. Forest, G. P. Marchildon & T. McIntosh (Eds.), *Les forces de changement dans le système de santé canadien*. Ottawa: University of Ottawa Press.
- Gold, P. B., Glynn, S. M., & Mueser, K. T. (2006). Challenges to Implementing and Sustaining Comprehensive Mental Health Service Programs. *Evaluation & the Health Professions, 29*(2), 195-218.
- Gotham, H. J., Claus, R. E., Selig, K., & Homer, A. L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders:

- Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 160-169.
- Gröne, 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). Retrieved from <http://www.ijic.org>.
- Hackman, J. R. (2012). From causes to conditions in group research. *Journal of Organizational Behavior*, 33(3), 428-444.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, 361(9373), 1978-1980.
- Health Canada (2002). *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders*, Ottawa, Canada.
- Hendy, J., & Barlow, J. (2012). The role of the organizational champion in achieving health system change. *Social Science & Medicine*, 74(3), 348-355.
- Higgs, M., & Rowland, D. (2005). All changes great and small: Exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151.
- Hogan, M. (2011). Focus on Integrated Treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), 173-174.
- Hope, O. (2010). The Politics of Middle Management Sensemaking and Sensegiving. *Journal of Change Management*, 10(2), 195-215.
- Hroszkowski, M. C., Solberg, L. I., Sperl-Hillen, J. M., Harper, P. G., McGrail, M. P., & Crabtree, B. F. (2006). Challenges of change: A qualitative study of chronic care model implementation. *The Annals of Family Medicine*, 4(4), 317-326.
- Keller, A., Ansell, C., Reingold, A., Bourrier, M., Hunter, M., Burrowes, S., et al. (2012). Improving Pandemic Response: A Sensemaking Perspective on the Spring 2009 H1N1 Pandemic. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 3(2), 1-37.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Kirby, M. J. L. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13(Sp), 6-15.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisé*. Thèse de doctorat, Université McGill, Montreal.
- Lamothe, L. (2006). La dynamique interprofessionnelle : La clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. In A. Valette, A.-P. Contandriopoulos & D. Contandriopoulos (Eds.), *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. In Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L. (Eds), *La gouverne et la régulation des services de santé et services sociaux au Québec*, Éditions de la Chenelière, Montréal, pp. 289-298.
- Lamothe, L., & Dufour, Y. (2007). Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level. *Public Management Review*, 9(1), 67-85.
- Langley, A. (2009). Studying processes in and around organizations. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24, 691-710.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Latimer, E., Gélinas, D. & Thomson, D.A. (2004). *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*. Association des hôpitaux du Québec, Montréal.

- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967a). *Organization and environment; managing differentiation and integration*. Boston: Harvard University.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967b). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise : intégration ou différenciation*. Paris: Éditions d'organisation.
- Leutz, W. N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Leutz, W. N. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Lloyd, J., & Wait, S. (2005). *Integrated Care: A guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Lomas, J. (2005). Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: From summative to interpretive synthesis. *Healthcare Policy*, 1(1), 55-71.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Ontario: Canadian Policy Research Networks.
- Maitlis, S. (2005). The Social Processes of Organizational Sensemaking. *The Academy of Management Journal*, 48(1), 21-49.
- Maitlis, S., & Lawrence, T. B. (2007). Triggers and enablers of sensegiving in organizations. *Academy of Management Journal*, 50(1), 57-84.
- Maitlis, S. and Sonenshein, S. (2010). Sensemaking in crisis and change: Inspiration and insights from Weick (1988). *Journal of Management Studies*, 47(3), 551-580.
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., McHugo, G. J., Giard, J., & Mangrum, L. (2010). Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated With Program Level Changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(3-4), 237-250.

- McHugo, G. J., Drake, R. E., Whitley, R., Bond, G. R., Campbell, K., Rapp, C. A., et al. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*, 58(10), 1279-1284.
- McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8), 1389-1412.
- Mercier, C., & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Québec, QC: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Mick, S. S., & Conrad, D. A. (1988). The decision to integrate vertically in health care organizations. *Hospital & Health Services Administration*, 33(3), 345-360.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives (2^e édition)*. Paris : De Boeck Université.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, C. C., Cardinal, L. B., & Glick, W. H. (1997). Retrospective reports in organizational research: A reexamination of recent evidence. *The Academy of Management Journal*, 40(1), 189-204.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Minkoff, K. (2007). What Is Integration? Part II. *Journal of Dual Diagnosis*, 3(2), 149-158.
- Minkoff, K., & Cline, C. A. (2004). Changing the world: the design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 27(4), 727-743.
- Minkoff, K., & Cline, C. A. (2006). Dual Diagnosis Capability: Moving from Concept to Implementation. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 121-134.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les éditions d'organisation; Éditions Agence d'Arc.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management: Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.
- Morgan, P. I., & Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61(1), 39-65.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.
- Moser, L. L., Deluca, N. L., Bond, G. R., & Rollins, A. L. (2004). Implementing evidence-based psychosocial practices: lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectrums*, 9(12), 926-936, 942.
- MSSS. (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2005b). *Projet de Loi 83 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing Evidence-Based Practices for People with Severe Mental Illness. *Behavior Modification*, 27(3), 387-411.
- Nag, R., Corley, K., & Gioia, D. (2007). The Intersection of Organizational Identity, Knowledge, and Practice: Attempting Strategic Change Via Knowledge Grafting. *Academy of Management Journal* 50(4), 821-847.
- Nasmith, L., Ballem, P., Baxter, R., Bergman, H., Colin-Thomé, D., Herbert, C., et al. (2010). *Comment transformer les soins offerts aux canadiens souffrant de maladie*

chronique : Plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats. Ottawa: Académie canadienne des sciences de la santé.

- Nolte, E., & McKee, M. (2008). Integration and chronic care: a review. In E. Nolte & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective* (pp. 64-91). Maidenhead: Open University Press.
- Oates, K. (2012). The new clinical leader. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(6), 472-475.
- Office de la langue française. (2003). Retrieved 19 juin 2012, from <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>
- Orlikowski, W.J. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information Systems Research*, 7(1), 63–92.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15(2), 203-223.
- Patriotta, G. and Spedale, S. (2009). Making Sense Through Face: Identity and Social Interaction in a Consultancy Task Force. *Organization Studies*, 30(11), 1227–1248.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods (3rd edition)*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation (3rd edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(suppl 1), 21-34.
- Pearce, C. L., & Barkus, B. (2004). The Future of Leadership: Combining Vertical and Shared Leadership to Transform Knowledge Work [and Executive Commentary]. *The Academy of Management Executive (1993-2005)*, 18(1), 47-59.
- Perret, V., & Séville, M. (2003). Fondements épistémologiques de la recherche. In R. A. Thiétart (Ed.), *Méthodes de recherche en management, 2e édition*. Paris: Dunod.
- Pettigrew, A. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337-348.

- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992). Shaping strategic change - The case of the NHS in the 1980s. *Public Money & Management*, 12(3), 27-31.
- Poppo, L., Zhou, K. Z., & Ryu, S. (2008). Alternative Origins to Interorganizational Trust: An Interdependence Perspective on the Shadow of the Past and the Shadow of the Future. *Organization Science*, 19(1), 39-55.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, 142-151.
- Pratt, M. G., Foreman, P. O., Scott, S. G., Lane, V. R., Gioia, D. A., Schultz, M., et al. (2000). Identity dialogues. *The Academy of Management Review*, 25(1), 141-152.
- [s.a.] (1989). Présentation : la politique de santé mentale : une politique de gestion des services. *Santé mentale au Québec*, 14(1), p. 7-10.
- Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales, 3e édition*. Paris: Dunod.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Rapp, C., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D., et al. (2010). Barriers to evidence-based practice implementation: Results of a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 112-118.
- Ravasi, D., & Schultz, M. (2006). Responding to Organizational Identity Threats: Exploring the Role of Organizational Culture. *Academy of Management Journal*, 49(3), 433-458.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1999). *Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Rapport du Comité d'experts*. Montréal, QC.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, *264*, 2511-2518.
- Ring, P. S., & Ven, A. H. v. d. (1994). Developmental Processes of Cooperative Interorganizational Relationships. *The Academy of Management Review*, *19*(1), 90-118.
- Robert, G., Greenhalgh, T., MacFarlane, f., & Peacock, R. (2009). *Organisational factors influencing technology adoption and assimilation in the NHS: a systematic literature review. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme.*
- Robertson, M., & Swan, J. (2003). 'Control – what control?' Culture and ambiguity within a knowledge intensive firm. *Journal of Management Studies*, *40*(4), 831-858.
- Rodriguez, C., & Pozzebon, M. (2010). The implementation evaluation of primary care groups of practice: a focus on organizational identity. *BMC Family Practice*, *11*(1), 15.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada.* Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations. approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde.* Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Rouleau, L. (2005). Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day. *Journal of Management Studies*, *42*(7), 1413-1441.
- Rouleau, L., & Balogun, J. (2008). *Exploring Middle Managers' Strategic Sensemaking Role through Practical Knowledge.* Montreal: Les cahiers de recherche du GÉPS.
- Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., & Furlong, A. (2008a). *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report.* Ottawa: Canadian Executive Council on Addictions.

- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., et al. (2008b). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 800-809.
- SAMSHA. (2002). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ON: Auteur.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital & Health Services Administration, 38*(4), 447-466.
- Shortell, S. M., & McCurdy, R. K. (2010). Integrated health systems. *Studies In Health Technology And Informatics, 153*, 369-382.
- Siegfried, N. (1998). A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(5), 707-717.
- Sonenshein, S. (2010). We're changing—or are we? Untangling the role of progressive, regressive, and stability narratives during strategic change implementation. *Academy of Management Journal, 53*(3), 477–512.
- Spragins, W. A., & Lorenzetti, D. L. (2008). *Public Expectation and Patient Experience of Integration of Health Care: A Literature Review*. Toronto: The Change Foundation.
- Stake, R. E. (2000). Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research (2nd edition)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stensaker, I., & Falkenberg, J. (2007). Making sense of different responses to corporate change. *Human Relations, 60*(1), 137-177.
- Stensaker, I., Falkenberg, J., & Grønhaug, K. (2008). Implementation Activities and Organizational Sensemaking. *The Journal of Applied Behavioral Science, 44*(2), 162-185.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders*. Rockville, MD.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*, 13, 16-23.
- Swain, K., Whitley, R., McHugo, G., & Drake, R. (2010). The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 119-129.
- Sydow, J., Schreyögg, G. and Koch, J. (2009). Organizational path dependence: Opening the black box. *Academy of Management Review*, 34(4), 689-709.
- Sylvain, C., & Lamothe, L. (2012). Sensemaking: A driving force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management.*, 26(6).
- Thiéart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management (3rd edition)*. Paris: Dunod.
- Thomas, R., & Hardy, C. (2011). Reframing resistance to organizational change. *Scandinavian Journal of Management*, 27(3), 322-331.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in actions: social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill.
- Torrey, W. C., Bond, G., McHugo, G., & Swain, K. (2012). Evidence-Based Practice Implementation in Community Mental Health Settings: The Relative Importance of Key Domains of Implementation Activity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-12.
- Torrey, W. C., Tepper, M., & Greenwold, J. (2011). Implementing Integrated Services for Adults With Co-occurring Substance Use Disorders and Psychiatric Illnesses: A Research Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), 150-161.
- Torrey, W. C., Drake, R. E., Cohen, M., Fox, L. B., Lynde, D., Gorman, P., et al. (2002). The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 507-521.

- Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., et al. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services, 52*(1), 45-50.
- Trethewey, A., & Ashcraft, K. L. (2004). Special Issue Introduction. *Journal of Applied Communication Research, 32*(2), 81-88.
- Tsoukas, H. (2009). Craving for generality and small-N studies: A Wittgensteinian approach towards the epistemology of the particular in organization and management studies. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tsoukas, H., & Chia, R. (2002). On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organization Science, 13*(5), 567-582.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *The Academy of Management Review, 20*(3), 510-540.
- van Wamel, A., Kroon, H., & van Rooijen, S. (2009). Systematic implementation of integrated dual disorders treatment in The Netherlands. *Mental Health and Substance Use, 2*(2), 101-110.
- Vidaillet, B. (2003). Exercice de sensemaking. In Vidaillet, B. (Ed), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : sociopsychologie de l'organisation*, Librairie Vuibert, Paris, pp. 35-50.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs, 20*(6), 64-78.
- Wallace, M. (2007). Coping with complex and programmatic public service change. In Wallace, M., Fertig, M. and Schneller, E. (Eds), *Managing change in the public services*, Blackwell Publishing, Malden, MA, pp. 13-35.
- Wallot, H. (2001). *Évolution des services psychiatriques au Québec*. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg, « Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome II. Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt ». Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

- Weber, K., & Glynn, M. A. (2006). Making Sense with Institutions: Context, Thought and Action in Karl Weick's Theory. *Organization Studies*, 27(11), 1639-1660.
- Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19.
- Weick, K.E. (1977). Enactment processes in organizations. In Shaw, B. and Salancik, G. (Eds), *New Directions in Organizational Behavior*, St Clair, Chicago, IL.
- Weick, K. E. (1988). Enacted Sensemaking in Crisis Situations. *Journal of Management Studies*, 25(4), 305-317.
- Weick, K. E. (1990). The Vulnerable System: An Analysis of the Tenerife Air Disaster. *Journal of Management*, 16(3), 571-593.
- Weick, K. E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weick, K. E. (2001). *Making Sense of the Organization*. Malden, MA: Blackwell.
- Weick, K. E. (2003). Préface. In Vidaillet, B. (Ed), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : sociopsychologie de l'organisation*, Librairie Vuibert, Paris, pp. 1-3.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386.
- Weick, K.E. and Sutcliffe, K.M. (2003). Hospitals as cultures of entrapment: A re-analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review*, 45(2), 73-84.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.
- Wensing, M., & Elwyn, G. (2002). Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 153-157.
- Wieder, B. L., & Kruszynski, R. I. C. (2007). The salience of staffing in IDDT implementation: One agency's experience. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(2), 103-112.
- Wiley, N. (1988). The micro-macro problem in social theory. *Sociological Theory*, 6, 254-261.

- Wistow, G. & Dickinson, H. (2012). Integration : work still in progress. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 676-684.
- Woltmann, E. M., Whitley, R., McHugo, G. J., Brunette, M., Torrey, W. C., Coots, L., et al. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services*, 59(7), 732-737.
- Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2007). The role of staffing stability in the implementation of integrated dual disorders treatment: An exploratory study. *Journal of Mental Health*, 16(6), 757-769.
- World Health Organization. (2008). *Integrated Health Services -What and Why?* World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, J., Smith, M. L., & Jackson, D. R. H. (1999). Opinion: Clinical governance: principles into practice. *Journal of Management in Medicine*, 13(6), 457-465.
- Yin, R.K. (2009), *Case study research. Design and methods (4th edition)*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entrevue

Guide d'entrevue pour la collecte de données en 2009

GUIDE D'ENTREVUE

Préambule

- Présentation du projet de recherche
- Présentation des règles d'éthique : procédures de protection de l'anonymat, de traitement de l'information et d'analyse, consentement éclairé
- Proposition d'enregistrer l'entrevue, présentation de la possibilité d'arrêter l'enregistrement quand la personne interviewée le désire; idem pour la possibilité d'arrêter l'entrevue.

L'informateur

1. Quelle fonction occupez-vous actuellement? Depuis quand? Quelles sont les principales tâches que vous accomplissez dans le cadre de cette fonction? Y a-t-il certaines tâches que vous faisiez auparavant mais que vous ne faites plus, ou à l'invers, de nouvelles tâches qui se sont ajoutées?
2. Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir travailler ici à l'origine?
3. Comment s'est faite votre intégration à la clinique?

La clinique : portrait général

1. Comment résumeriez-vous l'idée que vous vous faisiez de la clinique avant d'y travailler, l'image que vous en aviez?
2. Comment résumeriez-vous l'idée que vous vous faites maintenant de la clinique, l'image que vous en avez maintenant? De façon plus détaillée, comment décririez-vous :
 - I. La clientèle : *qui vous visez; qui vous rejoignez*
 - II. Les buts : *qu'est-ce que vous voulez atteindre; comment vous reconnaissez y être parvenu*
 - III. Les moyens : *comment vous vous y prenez*

3. Comment est-ce pareil ou différent de comment vous vous représentiez la clinique avant [il y a quelques années/à votre arrivée]?
4. Est-ce que tout le monde voit les choses de la même façon (représentation partagée ou non par les collègues)? Qu'est-ce qui a permis cela (exemples)? Comment vous l'expliquez-vous?
5. Comment croyez-vous que la clinique soit perçue par les intervenants et organisations partenaires? Est-ce différent que ce que vous aviez anticipé? Avec quelle influence?

La clinique : routines et défis

1. Parmi les façons de faire employées au quotidien par vous et vos collègues de travail, quelles sont celles qui vous apparaissent constituer des routines bien établies? Quelles sont celles qui font moins consensus? Comment vous expliquez-vous cela? Avez-vous des exemples?
2. Dans votre quotidien à la clinique, quels sont les éléments que vous observez sur lesquels vous êtes amenés à vous poser des questions ou qui vous apparaissent des choses dont il faudra s'occuper dans l'avenir? (éléments nouveaux/ surprenants/ inattendus)? Pouvez-vous nous donner des exemples? Quelle signification accordez-vous à ces événements?
3. Dans quelle direction percevez-vous que la clinique est en train d'évoluer? Quels sont les indices qui vous amènent à faire ce constat?
4. Quels sont les défis/problèmes auxquels vous et vos collègues faites face actuellement? Qu'est-ce qui vous apparaît le mieux être en mesure de contribuer à la résolution de ces défis/problèmes? Quelque chose a-t-il été tenté à cet égard, récemment, par vous ou vos collègues?
5. Y a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et, qu'à votre avis, je devrais connaître?

Guides d'entrevue pour la collecte de données en 2006

Entrevue avec les professionnels

1. Préambule

Présentation du projet et des règles d'éthique, présentation des procédures de protection de l'anonymat, de traitement de l'information et d'analyse, consentement éclairé, proposition d'enregistrer l'entrevue et présentation de la possibilité d'arrêter l'enregistrement quand la personne interviewée le désire, explication de la possibilité d'arrêter l'entrevue quand elle le désire.

2. Pouvez-vous me décrire brièvement votre rôle dans le suivi des personnes avec des troubles concomitants?

3. Comment décririez-vous la clientèle avec des troubles concomitants qui consulte dans votre établissement? (Groupes de patients ou clientèle hétérogène? Lourdeur des cas?)

4. Pouvez-vous me décrire la trajectoire type de soins des personnes avec des troubles concomitants que vous suivez? (Provenance, référence, partage des responsabilités)

5. À votre avis, pourrait-on qualifier le traitement que reçoivent les patients suivis ici pour des troubles concomitants de traitement intégré? (traitement intégré des troubles concomitants versus traitement toxicomanie/santé mentale). Si oui, pouvez-vous brièvement me décrire comment vous en êtes venus à développer cette approche?

6. Comment sont abordées les problématiques liées à la santé mentale et à l'abus de substance dans votre établissement?

7. Éprouvez-vous des difficultés particulières dans votre pratique avec cette clientèle?

8. Travaillez-vous en équipe? Si oui, trouvez-vous que le travail en équipe facilite votre pratique?

9. Existe-il un modèle clinique qui serve de référence pour la prise en charge de ces patients?

10. Existe-il des protocoles particuliers pour la prise en charge pour cette clientèle?

11. Etes-vous entouré, dans votre pratique avec cette clientèle, d'autres professionnels?

12. Durant votre pratique, entretenez-vous des liens particuliers avec d'autres établissements? (ententes particulières, réseau informel, santé mentale, toxicomanie)

13. Si vous aviez les moyens de changer le monde, comment verriez-vous la prise en charge des personnes avec des troubles concomitants?

14. Y-a-t-il des événements ou des activités qui, à votre avis, ont influencé votre pratique?

15. Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent important et, qu'à votre avis, je devrais connaître?

16. Pouvez-vous m'indiquer le nom de personnes qui jouent un rôle important pour le traitement des personnes avec des troubles concomitants?

Guides d'entrevue pour la collecte de données en 2006 (suite)

Entrevue avec les gestionnaires

1. Préambule

Présentation du projet et des règles d'éthique, présentation des procédures de protection de l'anonymat, de traitement de l'information et d'analyse, consentement éclairé, proposition d'enregistrer l'entrevue et présentation de la possibilité d'arrêter l'enregistrement quand la personne interviewée le désire, explication de la possibilité d'arrêter l'entrevue quand elle le désire.

2. Pouvez-vous me décrire brièvement votre rôle dans le suivi des personnes avec des troubles concomitants?

3. Comment décririez-vous la clientèle avec des troubles concomitants qui consulte dans votre établissement? (Groupes de patients ou clientèle hétérogène? Lourdeur des cas?)

4. Pouvez-vous me décrire la trajectoire de soins type des personnes avec des troubles concomitants qui sont suivies dans votre établissement? (Provenance, référence, partage responsabilités)

5. Comment est organisée la prise en charge de cette clientèle dans votre établissement? (différents professionnels? Équipe multidisciplinaire?)

6. Comment sont abordées les problématiques reliées à la santé mentale et à l'abus de substance dans votre établissement?

7. À votre avis, pourrait-on qualifier le traitement que reçoivent les patients suivis ici pour des troubles concomitants de traitement intégré? (traitement intégré des troubles concomitants versus traitement toxicomanie/santé mentale). Si oui, pouvez-vous brièvement me décrire comment vous en êtes venus à développer cette approche? Si non, quels sont à votre avis les obstacles pour la mise en oeuvre d'une telle approche?

8. Entretenez-vous des liens particuliers avec d'autres établissements?

9. Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté pour le suivi de cette clientèle?

10. Si vous aviez les moyens de changer le monde, comment verriez-vous la prise en charge des personnes avec des troubles concomitants?

11. Y-a-t-il des événements ou des activités qui, à votre avis, ont influencé la pratique des professionnels?

12. Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et, qu'à votre avis, je devrais connaître?

13. Pouvez-vous m'indiquer le nom de personnes qui jouent un rôle important pour le traitement des personnes avec des troubles concomitants?

Annexe 2 : Certificats d'approbation éthique

Certificat éthique du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)

Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, ce 15 janvier 2009

Madame Lise Lamothe
Et Madame Chantal Sylvain
Faculté de médecine – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
Pavillon 1420 Mont-Royal, Bureau 2384
Montréal, Qc
H2V 4P3

Objet : CERT 2009-090 : La pression de construction d'un projet de changement dans une organisation professionnelle: l'exemple du mouvement associatif
Chercheur principal : Lise Lamothe
Candidate au PhD en santé publique : Chantal Sylvain

APPROBATION INITIALE ET FINALE

Madame Lamothe,

Nous avons pris connaissance des documents pertinents à votre demande d'évaluation de projet que nous avons reçus le 8 janvier 2009.

- Lettre de présentation (signée par la candidate au PhD, datée du 6 janvier 2009) ;
- Formulaire de présentation d'un projet de recherche au CERT (12 pages, signé par le chercheur principal, le 3 décembre 2008) ;
- Formulaire Demande de permis de recherche (dûment signé par les deux parties) ;
- Autorisations des établissements concernés :
 - Courriel du Directeur de la recherche et du développement universitaire, Monsieur Michel Landry, daté du 30 décembre 2008;
 - Lettre du Chef médical de la Clinique Coormier-Lafontaine, docteur Richard Cloutier, datée du 1^{er} décembre 2008) ;
- Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (le 24 novembre 2008) ;
- Protocole de recherche (27 pages, version non datée) ;
- Formulaire sur les sources financières du projet de recherche – Budget (dûment signé par les 2 parties) ;
- Formulaire d'engagement de chercheurs à la confidentialité (signé par les deux chercheurs) ;
- Formulaire d'information et de consentement :
 - entrevues individuelles (4 pages, version 12 novembre 2008)
 - entrevues de groupe (4 pages, version 12 novembre 2008)

Monsieur Lise Lamothe
 Ce 25 janvier 2009
 CÉRT 2009-090

- Lettre d'appui de la chercheuse principale, Madame Lise Lamothe (datée du 28 novembre 2008).

La candidate bénéficie d'une bourse de formation au doctorat pour les professionnels de la santé offerte par le FRSQ (2007-2010), ainsi que d'une bourse complémentaire offerte par le programme AnEIS.

Ce projet de recherche a comme objectif général de comprendre les dynamiques à travers lesquelles les acteurs en interaction contribuent à façonner les projets de changement mis en œuvre dans les organisations professionnelles. De façon plus spécifique, les dynamiques étudiées se rapportent aux processus de création d'une nouvelle organisation, soit la Clinique Cormier-Lafontaine (qui est rattachée au Centre Dollard-Cormier).

Il s'agit d'une étude qualitative, de nature exploratoire, empruntant un devis de recherche de type étude de cas longitudinale. Il est prévu d'utiliser les différentes méthodes de collecte de données essentiellement avec le personnel (professionnels et gestionnaires) dont des entrevues individuelles et de groupes. Tous les professionnels et gestionnaires de la Clinique Cormier-Lafontaine seront sollicités pour participer à notre étude. Certains professionnels et gestionnaires des organisations partenaires de la Clinique seront également sollicités. Ces derniers seront choisis sur la base de l'importance des liens que leur organisation entretient avec Cormier-Lafontaine. Le projet a reçu l'approbation éthique du CER du Centre Fernand-Séguin de l'Hôpital L-H Lafontaine.

La présente constitue l'approbation initiale et finale du projet cité en rubrique qui est valide pour un an à compter de la date de l'approbation initiale, soit jusqu'au 15 janvier 2010.

À la date anniversaire, vous devrez compléter le formulaire de suivi annuel vous demandant de résumer le déroulement de l'étude. Ce suivi est exigé en vertu de l'application de la politique émise conjointement par les trois conseils (Comité de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) ainsi que du *Plan d'action ministériel en éthique et en intégrité scientifique* du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Toute modification au protocole ou au formulaire d'information et de consentement, de même que tout incident en cours de projet devront aussi être rapportés au CÉRT. Les formulaires utilisés à cette fin sont disponibles sur le site www.centreddollardcormier.qc.ca à la section Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie sous la rubrique Centre Dollard-Cormier.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer, Madame Lamothe, l'expression de nos sentiments distingués.



Élodie Petit
 Vice-présidente du CÉRT

Certificat du Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin

CENTRE DE RECHERCHE
FERNAND · SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 24 novembre 2008

Madame C. Sylvain
 Faculté de médecine
 Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
 Pavillon 1420 Mont-Royal, Bureau 1-108
 MONTRÉAL (QC) H2V 4P3

Objet : rite processus de construction d'un projet de changement dans une organisation professionnelle : l'apport du sensemaking organisationnel R. C. Sylvain, L. Lamothe, R. Cloufier.

Madame Sylvain,

Suite à la réception en date du 12 novembre du formulaire de consentement corrigé, votre projet est maintenant conforme aux exigences de notre CÉR.

En acceptant ce projet, le CÉR s'attend formellement à ce que vous remplissiez les documents de suivi de projet. Veuillez noter qu'aucun rappel ne sera fait pour les dates de remise des questionnaires. Le premier questionnaire (début du projet) doit nous être acheminé dès le recrutement du premier sujet, le deuxième (suivi du projet de recherche) à tous les six mois et enfin, le dernier questionnaire (Fin du projet) à la clôture de cette étude. Si ces documents ne sont pas complétés de façon satisfaisante, le CÉR n'aura d'autre choix que d'interrompre votre étude.

Nous vous souhaitons tout le succès dans votre projet.

Veillez agréer, madame Sylvain, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Robert Elle, MD
 Président du Comité d'éthique de la recherche
 /cm
 c.c. : Dre Sonia Lupien, Ph. D. - Directrice de la recherche - Centre de recherche Fernand-Seguin

7331, rue Hochelaga
 Montréal (Québec) H1N 3V2
 CANADA
 Téléphone: (514) 251-4015
 Télécopieur: (514) 251-2617

Membre de l'Association de Montréal

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement aux entrevues individuelles



Faculté de Médecine
École de santé publique

Formulaire d'information et de consentement aux entrevues individuelles

Titre du projet de recherche : Le processus de construction d'un projet de changement dans une organisation professionnelle : l'apport du sensemaking organisationnel

Chercheure responsable du projet de recherche :

- Chantal Sylvain, Ph.D.(c), École de santé publique, Université de Montréal, tél : (514) 343-6111, poste 4592, [REDACTED]

Co-chercheure du projet de recherche :

- Lise Lamothe, Ph.D., professeure agrégée, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, tél. : (514) 343-7983, [REDACTED]

INFORMATION

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utile au chercheur responsable ou aux membres de son équipe.

Description du projet :

Cette recherche vise globalement à comprendre comment les acteurs (professionnels et gestionnaires) contribuent à façonner les projets de changement qui sont mis en œuvre dans leurs organisations, spécialement les organisations de santé. Les connaissances actuelles suggèrent que pour comprendre ces processus complexes, il faut s'intéresser au sens que construisent les acteurs (sensemaking) à partir du projet de changement dans lequel ils sont impliqués. Ainsi, pour comprendre ces processus, nous sommes intéressés à rencontrer des professionnels et des gestionnaires impliqués de près dans la mise en œuvre d'un projet de changement. Le cas à l'étude est la Clinique Cormier-Lafontaine. Les résultats de cette recherche contribueront globalement à la réflexion actuelle sur les dynamiques de transformation du système de santé. Ultiment, ces connaissances contribueront à améliorer l'offre de services aux patients, dont ceux aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.

Procédures :

Afin de connaître le point de vue des professionnels et des gestionnaires, nous souhaitons

procéder à des entrevues individuelles. Chaque entrevue pourra durer environ une heure. Les rencontres auront lieu à la clinique, au moment qui vous conviendra le mieux. Durant l'entrevue, un des chercheurs associés au projet vous posera des questions sur les services offerts par la Clinique Cormier-Lafontaine et vos impressions à cet égard. Vous serez libre en tout temps de répondre ou non aux questions. Vous pouvez également décider d'arrêter l'entrevue sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Nous vous demanderons la permission d'enregistrer l'entrevue. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'objectif de cet enregistrement est de refléter le plus exactement possible vos propos.

Risques et inconvénients :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite ni risque, ni inconfort.

Avantages :

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer prématurément de l'étude, les informations que vous nous aurez déjà transmises seront détruites.

Confidentialité :

Les informations que vous nous transmettez seront confidentielles. Elles ne seront disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheurs et agents de recherche). Vous aurez également la possibilité d'accéder aux données contenues dans votre dossier de recherche et à les corriger au besoin. Les entrevues seront retranscrites afin de faciliter l'analyse. Toute donnée nominative sera codée de façon à protéger votre identité. Les enregistrements seront détruits et les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés d'un mot de passe. Les données seront détruites une fois le projet terminé, au plus tard le 30 septembre 2011. Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échanges avec les gestionnaires et professionnels de la Clinique dans le but d'améliorer les services de santé. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences mais aucun d'eux ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale, délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Aussi, votre nom et vos coordonnées seront inclus pendant un an dans le répertoire de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine/Centre de recherche Fernand-Seguin.

Personnes-ressources :

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter directement les chercheurs principaux: Chantal Sylvain au (514) 343-6111 poste 4592 et Lise Lamothe au (514) 343-7983.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

- Dr Robert Élie, Président du Comité d'éthique de la recherche – Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7331, rue Hochelaga – Montréal (Québec) H1N 3V2 – téléphone : (514) 251-4015.
- Mme Elise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services – Hôpital Louis-H. Lafontaine – 7401 rue Hochelaga – Montréal (Québec) H1N 3M5 – téléphone : (514) 251-4000 poste 2920.

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'équipe de recherche et une copie signée sera remise au participant. Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine le 24 novembre 2008, et par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) auquel adhère le Centre Dollard-Cormier le 15 janvier 2009. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportées au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT**Adhésion au projet et signatures**

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

Autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements audio seront effectués pour permettre une analyse subséquente par les chercheurs impliqués dans le projet. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Nom du Chercheur

Signature du chercheur

Date