



Fondation canadienne pour
**l'amélioration des
services de santé**

La communauté stratégique :

une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle

Rapport final de recherche

Mars 2013

Rapport rédigé par les membres de la CÉOT :

Mario Roy

Madeline Audet

Annie Gosselin

Pier B. Lortie

Lucie Fortier

Cette recherche a bénéficié du soutien financier
des organismes suivants :

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

Université de Sherbrooke – Faculté d'administration

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

cfhi-fcass.ca

Ce document est disponible à www.cfhi-fcass.ca.

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ou FCASS. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-89-8

La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle © Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2013.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à info@cfhi-fcass.ca

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, tous droits réservés, mars 2013. »

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@cfhi-fcass.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes.....	II
Messages clés destinés aux décideurs	III
Résumé de l'étude	IV
Rapport	1
Contexte	1
Implications pour les décideurs	3
Approche et méthodologie	3
Évaluation du fonctionnement de l'approche de la communauté stratégique.....	4
Évaluation des résultats des expérimentations.....	5
Évaluation de l'effet de l'expérience de la communauté stratégique sur la collaboration interorganisationnelle	5
Résultats	6
Fonctionnement de la communauté stratégique	6
<i>Les conditions préalables</i>	6
<i>Le diagnostic initial par un intervenant externe</i>	6
<i>La composition de la communauté stratégique</i>	6
<i>L'animatrice de la communauté stratégique</i>	7
<i>La conseillère-facilitatrice</i>	7
<i>La structure d'appui</i>	7
<i>Les travaux de la communauté stratégique</i>	8
<i>Les enjeux politiques et organisationnels</i>	8
Expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum santé mentale	9
Pérennisation des expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum oncologie	9
Évolution de la collaboration interorganisationnelle	11
Conclusion	14
Références et bibliographie	15

LISTE DES ACRONYMES

APPAMME	Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l’Estrie
ASSSE	Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CS	Communauté stratégique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DG	Directeurs généraux ou Directeur général
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OC	Organisme communautaire
PASM	Plan d’action en santé mentale
PROJET TOT	Projet de transformation de l’organisation du travail
SIV	Suivi à intensité variable

MESSAGES CLÉS DESTINÉS AUX DÉCIDEURS

La volonté d'offrir une meilleure accessibilité aux soins et services dans un contexte de pénurie de ressources humaines et financières a servi de bougie d'allumage pour expérimenter la communauté stratégique comme approche de transformation de l'organisation du travail interétablissements dans la région de l'Estrie au Québec. Les résultats obtenus suggèrent que la communauté stratégique a permis de :

- ▀ débloquer les frontières du travail en silo entre les établissements pour procéder conjointement à la mise en œuvre simultanée de changements et décristalliser des situations initialement jugées sans issues par les partenaires;
- ▀ accroître de façon significative la collaboration interétablissements, la confiance entre les intervenants de première, deuxième et troisième ligne, et ainsi réduire les tensions à l'interface entre les organisations partenaires;
- ▀ passer à l'action sur des éléments concrets à changer, choisis par les cadres et les intervenants qui desservent une même clientèle;
- ▀ transférer des apprentissages réalisés à un autre continuum de soins et services.

Cette approche s'avère opportune lorsque :

- ▀ le continuum de soins et services ciblé s'adresse à des personnes vulnérables nécessitant des soins complexes (ex. : oncologie, santé mentale) qui impliquent un va-et-vient fréquent entre les établissements;
- ▀ la situation existante est perçue comme insatisfaisante par la clientèle et les intervenants des organisations partenaires;
- ▀ la pénurie de ressources humaines et financières incite à reconsidérer l'organisation du travail existante.

Cette approche nécessite :

- ▀ que l'ensemble des partenaires croie à la nécessité de travailler en réseau à l'amélioration de l'organisation du travail ainsi qu'à sa priorisation stratégique;
- ▀ un style de gestion qui valorise le développement et la mise en œuvre de solutions à partir de la base;
- ▀ la participation active et constante des directeurs généraux au sein du comité directeur;
- ▀ un investissement financier pour mettre en place la communauté stratégique et sa structure d'appui : un directeur délégué dans chaque établissement, un comité de soutien composé de cadres clés des partenaires visés, un conseiller-facilitateur dédié exclusivement à la démarche, un intervenante externe et un animateur expérimenté.

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Les gestionnaires du réseau de la santé doivent relever au quotidien des défis de taille. Alors que les besoins sont croissants, les ressources sont limitées et, dans certains cas, absentes. Le maintien d'un niveau de service qui soit en adéquation avec les besoins de la population force les responsables des établissements à reconsidérer leur façon d'offrir les services et de concevoir l'organisation du travail. Pour plusieurs, les solutions que l'on peut développer en silos sont insuffisantes. L'interdépendance des activités requiert la mise en place d'initiatives qui nécessitent la collaboration d'autres établissements et organismes qui jalonnent le continuum de soins et services des patients. La notion de collaboration, plutôt consensuelle au plan des principes, s'avère cependant difficile à concrétiser. Après plusieurs tentatives décevantes, trois établissements du secteur de la santé en Estrie, avec le soutien de la Chaire d'étude en organisation du travail de l'Université de Sherbrooke, ont décidé d'expérimenter **l'approche de la communauté stratégique (CS) pour transformer ensemble l'organisation du travail interétablissements**, de telle sorte que les services et les soins destinés à une clientèle spécifique soient non seulement maintenus, mais si possible améliorés, sans toutefois augmenter la pression sur les personnels malgré le contexte de pénurie qui prévaut.

La CS prend la forme d'un groupe d'intervention, constitué de personnes provenant d'organisations partenaires, à qui l'on confie le mandat de générer, d'expérimenter et d'évaluer des idées de transformation en organisation du travail. Ce groupe relève directement d'un comité directeur où siègent les directeurs généraux (DG) des établissements partenaires. La CS a ceci de particulier qu'elle doit être composée de personnes proches des soins et services (professionnels, omnipraticiens, médecins spécialistes, cadres de premier niveau), reconnues comme ayant un certain leadership dans leur milieu et donc susceptibles d'exercer le rôle d'agent de changement auprès de leurs collègues.

La question de recherche à l'origine de cette étude visait à comprendre comment la CS peut parvenir à accroître la collaboration entre les établissements qui le souhaitent. À l'origine, cette approche, dont les premières expériences ont eu lieu dans le secteur des télécommunications au Japon, avait comme objectif principal de favoriser l'innovation, la découverte de solutions nouvelles, en regroupant des personnes clés provenant de diverses organisations partenaires.

Après avoir été expérimentée à trois reprises en Estrie, entre 2007 et 2011, auprès de deux clientèles vulnérables, il appert que **la principale contribution de la CS est de favoriser la mise en œuvre des changements interétablissements souhaités**. Contrairement aux prémisses de départ, ce n'est pas tant le manque d'innovation qui pose problème pour les milieux que la difficulté pour eux de **passer concrètement à l'action**. La CS a permis de mettre en œuvre, relativement rapidement, des idées d'améliorations en organisation du travail interétablissements qui ont eu un effet positif tant sur la continuité des services et l'accessibilité des soins que sur la confiance entre les partenaires des milieux impliqués. Ces expériences, même en ayant une portée limitée, ont contribué à **accroître la collaboration entre les partenaires**.

Cette recherche s'inscrit dans la continuité d'une première expérience (2007-2009) menée avec les établissements et organismes offrant des soins et services aux personnes vivant avec un cancer. L'équipe de recherche souhaitait vérifier la transférabilité de l'approche auprès d'une autre clientèle, en santé mentale. L'expérience de la CS en santé mentale a permis de préciser les conditions favorables à une telle démarche : un engagement significatif des DG (une rencontre par mois), l'implication de directrices déléguées associées au DG de chaque établissement, l'animation de la CS par une personne crédible et expérimentée qui valorise l'approche de la CS, le soutien concret aux expérimentations par une conseillère-facilitatrice embauchée par les DG, la constitution d'un groupe de soutien interétablissements influent et actif, l'apport d'une expertise indépendante pour orienter la réflexion. De plus, il s'avère préférable de retenir au départ des idées d'expérimentations dont les résultats sont atteignables à court terme et qui ont le potentiel d'agir sur des irritants identifiés par les acteurs qui sont en contact avec la clientèle. Nous avons constaté une gradation dans la complexité des enjeux abordés suite aux résultats positifs générés par les premières initiatives mises en place.

Nous voulions également vérifier la pérennisation des changements mis en place entre 2007 et 2009 par les deux CS en oncologie formées au cours de cette période. À cet égard, les DG ont convenu qu'il était nécessaire d'utiliser une structure régionale permanente existante pour poursuivre la démarche interétablissements de changement initiée. De plus, toutes les expérimentations concluantes menées par la CS ont été maintenues et continuent d'évoluer.

L'étude portant sur l'approche de la CS a été conduite en suivant une méthodologie de recherche-action participative. L'évaluation de l'expérience repose sur une série d'entrevues semi-dirigées et de groupes de discussion (n = 87), les procès-verbaux de 28 réunions des diverses instances impliquées ainsi que les notes de terrain sur les activités entourant la CS recueillies sur 12 mois. Au terme du projet de recherche, les milieux partenaires ont décidé de poursuivre l'expérience déjà amorcée et les DG des établissements de la région ont unanimement retenu cette méthodologie de transformation comme étant une approche pertinente pour agir sur les situations insatisfaisantes lorsque la clientèle est vulnérable et qu'elle présente une condition complexe qui requiert des interactions fréquentes et non prévisibles entre la première, la deuxième et la troisième ligne.

CONTEXTE

La problématique d'accroissement des besoins d'une population vieillissante alors que les ressources financières sont limitées, de même que la pénurie de personnel découlant de la conjoncture démographique qui limite l'arrivée de la relève, soulèvent des difficultés au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et services offerts au public. Bien que bon nombre de moyens traditionnels soient déployés pour pallier le manque actuel et anticipé de ressources professionnelles (mesures d'embauche proactives, stratégies de rétention du personnel, accroissement du nombre de personnes formées en région, partenariat avec le secteur de l'éducation, etc.), il semble que ceux-ci s'avèrent insuffisants pour faire face à la situation. C'est dans ce contexte qu'est apparue la nécessité d'innover et de repenser l'organisation du travail non seulement à l'échelle des établissements, mais aussi à l'échelle des réseaux.

Le système sociosanitaire québécois s'appuie sur un ensemble d'établissements indépendants, ayant des missions complémentaires, qui sont regroupés en réseaux pour desservir des populations locales. Dans la pratique, cependant, on remarque que, de façon typique, chacune des entités appelées à intervenir se concentre et se préoccupe surtout de l'épisode de soins et services sous sa juridiction. Dans plusieurs cas, tout ce qui se passe en amont, en aval ou en parallèle n'est que peu ou pas considéré malgré la forte interdépendance des soins et services offerts au sein des différents silos. Il est courant qu'un patient ou ses proches aient à interagir avec divers professionnels de la santé membres d'organisations différentes, qui ne se connaissent pas les uns les autres. Dans un tel contexte, le travail et les actions ayant une incidence à l'interface des établissements revêtent une importance marquée si l'on veut éviter le dédoublement de tâches (ex. : reprise évitable des diagnostics, des dossiers, des interventions, multiples répétitions de l'histoire du patient, etc.), la perte d'information entre les établissements, les erreurs médicales, les bris de continuité, les ralentissements indus de services (ex. : listes d'attente à chaque point de service) et la détérioration de l'état de santé des patients. C'est ainsi que la révision de l'organisation du travail interétablissements apparaît comme une voie prometteuse à exploiter pour réaliser des gains dans l'amélioration de la prestation des soins et services. Le défi est d'autant plus important que chacun des établissements de santé pris isolément est déjà complexe et que l'on doit affronter l'inertie inhérente au système lorsqu'il est temps de passer à l'action. Ce rapport rend compte de l'expérimentation d'une approche novatrice de collaboration interétablissements, « la communauté stratégique », qui a été appliquée au cours des deux dernières années dans le continuum de soins et services en santé mentale, en s'appuyant sur les apprentissages acquis dans une étude initiale réalisée entre 2007 et 2009 en oncologie dans la région de l'Estrie au Québec¹. Les communautés stratégiques ont été expérimentées grâce à la collaboration de différents établissements de santé et organismes communautaires qui se sont associés au projet de transformation de l'organisation du travail (projet TOT).

Dans le cadre de la dernière expérimentation en santé mentale, trois établissements de santé ont été impliqués, soit le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le Centre de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) desservant la population de la ville de Sherbrooke et le CSSS de la MRC-de-Coaticook qui offre des soins et services à une population rurale d'environ 18 000 personnes⁹. Deux organismes communautaires ont pris part également aux travaux de la communauté stratégique en santé mentale, soit l'Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie (APPAMME) ainsi que Jevi, le Centre de prévention du suicide en Estrie. Le CHUS et le CSSS-IUGS étaient également partenaires dans le cadre du premier projet en oncologie avec le CSSS du Granit.

Le concept de communauté stratégique (CS) a été développé initialement dans les travaux de Kodama²⁻⁴ et Shibata⁵. La CS est une modalité qui permet de regrouper des ressources provenant de diverses organisations pour accélérer les innovations dans un secteur d'activité. Elle a été utilisée dans le secteur

des télécommunications au Japon pour permettre à différents acteurs internes et externes du secteur de sortir de leur cadre habituel de fonctionnement pour développer une meilleure compréhension du contexte de chacun afin de trouver des solutions innovantes pour relever les défis qui les affectaient tous.

Adaptée au secteur de la santé, une CS devient une structure temporaire de collaboration interorganisationnelle, composée de professionnels, de cadres de premier niveau, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer, à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail interétablissements.

Les membres de la CS sont habituellement des leaders dans leur milieu respectif et proviennent essentiellement des niveaux fonctionnels et opérationnels des diverses organisations concernées. Contrairement aux communautés de pratiques qui sont des structures informelles de partage de connaissances, de problèmes et d'expériences entre des individus occupant des fonctions similaires⁶, la CS est une structure interdisciplinaire formelle à qui l'on confie un mandat organisationnel majeur. La CS se distingue aussi des équipes de projets qui doivent réaliser, dans des délais prescrits, des mandats précis prédéterminés par la direction de leur entreprise. Par contraste, la CS jouit d'une grande liberté de pensée et d'action. C'est une approche ascendante (bottom-up) contre-culturelle dans le monde fortement hiérarchisé de la santé et des services sociaux. La CS a le loisir d'envisager des alternatives qui sortent des cadres conventionnels de gestion des organisations impliquées. Elle peut imaginer des innovations ou des façons de faire qui permettront la poursuite d'un but commun pour les organisations participantes en s'appuyant sur des valeurs partagées par ses membres. La constitution d'une telle communauté et son fonctionnement impliquent inévitablement des phases d'exploration, d'incubation, des périodes d'essais et erreurs qui déboucheront éventuellement sur une nouvelle stratégie et de nouvelles actions issues du travail de collaboration. C'est un peu comme si la conception de l'innovation s'effectuait au fur et à mesure de sa mise en action. Le fait que les participants proviennent de diverses organisations permet à ces derniers de se dégager de leur silo respectif, de comprendre la réalité des autres milieux et de donner libre cours aux processus de création d'idées dans un cadre moins formel prêt à les recevoir.

L'expérience menée avec les acteurs impliqués dans le continuum de soins et services en oncologie entre 2007 et 2009 dans le cadre du Projet TOT¹ a permis de réviser l'approche pour l'adapter au contexte de la transformation de l'organisation du travail dans le secteur de la santé. Les idées nouvelles ne sont pas tant requises sur le « quoi faire », mais surtout sur le « comment ». La difficulté à implanter des changements dans le secteur de la santé est d'ailleurs largement constatée par les observateurs qu'ils proviennent de la scène publique ou du monde scientifique⁷⁻⁸. En 2009, au moment où l'équipe de recherche a soumis aux DG l'idée de reprendre l'expérience de la CS auprès d'une autre clientèle, une intervention en santé mentale s'est imposée comme une nécessité. Parmi les facteurs qui ont milité en faveur du choix de ce continuum, notons que les directions médicales et clinico-administratives du CHUS et du CSSS-IUGS étaient favorables à l'approche ascendante (bottom-up) de la CS et voyaient d'un bon œil qu'une partie indépendante aide à dénouer une situation dans laquelle les relations interétablissements semblaient s'enliser et risquer le blocage.

Les acteurs clés du réseau en santé mentale convenaient qu'une intervention était impérative. L'état des soins et services dans la région de Sherbrooke faisait régulièrement l'objet de manchettes dans la presse locale, tandis que les délais d'attente pour les personnes requérant un suivi ambulatoire semblaient incompréhensibles. Les acteurs du milieu reconnaissaient d'emblée ces difficultés : « Il y a une crise de confiance entre le CHUS et les CSSS. »; « On constate à ce jour que la collaboration va toujours dans le même sens... »; « Les actions tardent à venir. C'est long et ça n'avance pas. »

IMPLICATIONS POUR LES DÉCIDEURS

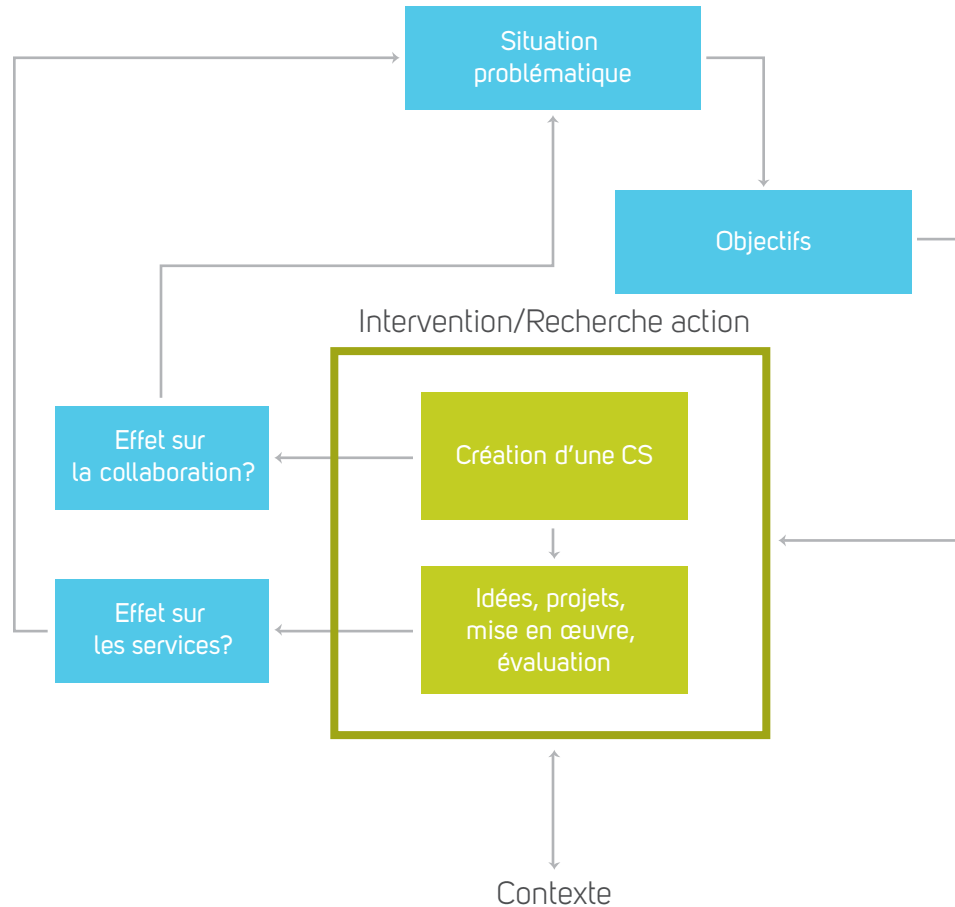
L'étude démontre que les décideurs intéressés à adopter la CS comme stratégie de changement interétablissements en organisation du travail doivent tenir compte des considérations suivantes :

- le niveau de confiance entre les DG et leur intérêt à réaliser conjointement des changements interétablissements dans les continuums de soins doivent être élevés;
- l'adoption simultanée de changements au sein des organisations partenaires nécessite que ces derniers aient préséance sur les priorités intraétablissements courantes;
- l'approche de la CS est très structurée, ce qui nécessite un accompagnement et des efforts constants de la part des décideurs contrairement à d'autres stratégies de changement qui exigent le déploiement d'un effort important surtout en début de projet;
- les cadres doivent accepter un certain lâcher-prise puisque les changements sont initiés par ceux qui œuvrent à la base des établissements;
- le recours à la CS permet d'impliquer des catégories de professionnels traditionnellement difficiles à mobiliser tels les médecins;
- l'approche de la CS doit être envisagée comme un projet à long terme plutôt qu'une expérimentation;
- les valeurs et les principes participatifs utilisés par la CS risquent d'avoir une incidence sur la façon dont les autres changements organisationnels plus directifs seront perçus.

APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE

Le projet avait pour but de démontrer « comment la CS peut être utilisée comme mécanisme pour introduire et mettre en œuvre des changements organisationnels à l'échelle d'un réseau ». Le cadre d'évaluation adopté a scindé ce but en deux objectifs : premièrement, évaluer le fonctionnement de **l'approche de la CS** en tant que stratégie permettant de générer, de mettre en place et d'évaluer des idées de transformation de l'organisation du travail, et deuxièmement, évaluer **l'effet des expérimentations et de l'approche** sur la collaboration interétablissements. En complément de cette démarche, l'équipe de recherche souhaitait aussi vérifier de quelle façon les travaux amorcés par les CS en oncologie en 2007-2009 avaient pu être poursuivis après 2009.

Figure 1 – Cadre général d'évaluation du projet



Évaluation du fonctionnement de l'approche de la communauté stratégique

Une stratégie de recherche-action participative a été retenue comme approche méthodologique pour soutenir la constitution de la CS en santé mentale et la réalisation de ses activités. L'intérêt pour les chercheurs était de comprendre comment et en quoi l'approche de la CS facilite l'introduction et la mise en œuvre de changements en organisation du travail entre des partenaires qui désirent accroître leur niveau de collaboration.

Au plan méthodologique, la recherche-action participative constitue à la fois une méthode de recherche et une méthode de mise en œuvre des changements qui génère des connaissances nouvelles, par l'entremise de la résolution conjointe par les chercheurs et les praticiens, des problèmes organisationnels étudiés. Elle comporte plusieurs cycles ou itérations dans lesquels les membres des organisations et les chercheurs collaborent à toutes les étapes du processus de résolution des problèmes ainsi qu'à l'étude et à la cogénération des connaissances qui en découlent. Les divers cycles font l'objet d'une collecte systématique de données et d'un retour d'information régulier auprès des différents partenaires pour leur permettre de partager leur expérience et de recevoir de la rétroaction sur l'impact du projet dans chacun des systèmes pris isolément ainsi que sur l'ensemble du continuum. Les méthodes de collecte systématique de données en continu

(notes de terrain, observations, comptes rendus, journal de bord, entrevues, groupes de discussion) sont adaptées en fonction de l'évolution du projet de changement (voir Annexe I – Tableaux détaillés des collectes de données). La pertinence des résultats et la crédibilité des méthodes utilisées pour y parvenir permettent une description riche des situations étudiées de façon à faciliter la transférabilité des apprentissages réalisés vers d'autres établissements et réseaux de soins et services qui voudraient adopter la CS comme mécanisme de transformation de leur mode d'organisation des soins et services (voir Annexe II – Activités de diffusion réalisées dans le cadre du Projet TOT). La description du déroulement des travaux de la CS sera présentée de façon plus détaillée à la section résultats.

Évaluation des résultats des expérimentations

L'évaluation des expérimentations retenues et mises en place par les membres de la CS faisait partie intégrante de leur mandat. Des données quantitatives provenant de fiches de suivi compilées par les responsables des milieux ainsi que par la conseillère-facilitatrice de la CS ont été rassemblées, et une évaluation qualitative en trois temps (mise en place, déroulement, post expérimentations) a été effectuée par l'équipe de recherche.

Tableau 1 – Personnes rencontrées pour évaluer les expérimentations de la CS en santé mentale

PÉRIODES	NBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES*
Mise en place (oct. – nov. 2010)	35 personnes
Déroulement (nov. 2010 – janv. 2011)	49 personnes
Post expérimentations (mars-avril 2011)	56 personnes

* Un total de 68 personnes provenant des trois milieux et des organismes communautaires touchés par les expérimentations, incluant des omnipraticiens, ont été rencontrées à différentes périodes, en entrevues individuelles ou en rencontres de groupe.

Par ailleurs, nous avons également suivi l'évolution des expérimentations réalisées par les CS en oncologie et vérifié si les milieux avaient mis en place les conditions facilitant la pérennisation des changements souhaités. À cette fin, 14 entrevues individuelles semi-dirigées et une rencontre de groupe (10 personnes) ont été réalisées auprès des acteurs clés des expérimentations menées en oncologie entre 2007 et 2009.

Évaluation de l'effet de l'expérience de la communauté stratégique sur la collaboration interorganisationnelle

Considérant l'impossibilité d'isoler l'objet de l'étude de son contexte, nous avons privilégié une stratégie d'évaluation basée sur des données qualitatives recueillies à l'occasion d'entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs clés reconnus comme étant crédibles et représentatifs de la richesse des points de vue qui s'expriment dans le milieu. L'échantillonnage a été constitué en suivant une double stratégie (intentionnelle et boule de neige)¹⁰. Le portrait de la situation problématique initiale qui prévalait dans le secteur de la santé mentale en Estrie et plus spécifiquement à Sherbrooke a été dressé à partir d'entrevues réalisées auprès de 20 personnes entre octobre 2009 et mars 2010. Le portrait de la collaboration interétablissements suite au projet (mars-avril 2011) a été réalisé à partir de 28 entrevues suivant la même stratégie d'échantillonnage. Toutes les entrevues ont été retranscrites, codifiées et analysées par trois juges avec le modèle de la collaboration interorganisationnelle de D'Amour et coll.¹¹⁻¹². La concordance interjuges pour la codification de la situation initiale était de 93 %.

Elle était de 83 % pour la codification de la situation en 2011. Un accord interjuges supérieur à 80 % est considéré satisfaisant pour ce type d'analyse de contenu¹³. Les écarts relevés sont attribuables à l'appréciation subjective du degré de variation de la progression du niveau de collaboration. Les scores finaux attribués à chacune des variables du modèle de D'Amour et coll. sont le reflet du consensus établi suite aux discussions entre les juges.

RÉSULTATS

Fonctionnement de la communauté stratégique

Les résultats de ce projet de recherche suggèrent que la CS accroît significativement la capacité de collaboration des organisations partenaires à passer relativement rapidement à l'action dans la mise en œuvre de changements concertés. Après quatre ans d'expérimentation dans deux continuums différents (oncologie et santé mentale), nous sommes en mesure de proposer des recommandations concernant les principaux ingrédients requis pour permettre à une CS d'intervenir avec de bonnes chances de succès au niveau opérationnel au sein des établissements.

Les conditions préalables

Comme l'approche de la CS est relativement exigeante, il est préférable d'y recourir lorsque la situation initiale à l'égard de la clientèle est clairement insatisfaisante pour les partenaires. Les cadres concernés à tous les niveaux doivent adhérer aux principes qui sous-tendent l'approche, être prêts à s'engager dans la démarche et à dégager le personnel et les ressources requises pour permettre la réalisation des travaux. La CS s'avère adaptée à l'intervention auprès de clientèles pour lesquelles la collaboration interétablissements est nécessaire en raison du va-et-vient fréquent des patients entre les établissements. Cette approche est aussi indiquée lorsque l'état de santé des personnes touchées varie rapidement et nécessite des soins complexes comme c'est le cas pour les individus vivant avec un cancer ou des problèmes de santé mentale. De plus, elle se révèle aidante lorsque la pénurie de ressources rend difficile, voire impossible le maintien de l'organisation du travail existante.

Le diagnostic initial par un intervenant externe

Il est nécessaire de dresser le portrait de la situation initiale du continuum de soins et services offerts dans les organisations concernées avant de s'engager dans le projet. Le diagnostic doit être réalisé par un intervenant indépendant crédible qui n'est rattaché à aucun des partenaires. Il doit s'appuyer sur des entrevues individuelles tenues auprès des cadres et personnels clés des organisations concernées et permettre de dégager les enjeux stratégiques, fonctionnels et opérationnels. Le portrait de la situation est par la suite présenté publiquement pour validation aux répondants ainsi qu'aux membres pressentis du groupe de soutien et aux membres de la CS, à l'occasion d'une assemblée générale à laquelle les DG sont invités à participer.

La composition de la communauté stratégique

Les entrevues effectuées lors du diagnostic initial sont aussi l'occasion d'identifier les personnes qui devraient faire partie de la CS pour que celle-ci jouisse de la crédibilité et de la légitimité requise pour procéder à des expérimentations de transformation de l'organisation du travail tout au long du continuum. Dans le cas de la CS en santé mentale, dix personnes constituaient le groupe : omnipraticien, psychiatre, directeurs d'organismes communautaires (2), chefs d'unités ou de service (3), psychologue et infirmières (2).

L'animatrice de la communauté stratégique

L'animatrice joue un rôle crucial dans le déroulement de la CS. Elle doit s'assurer de toujours ramener les membres à des initiatives interétablissements, alors que ceux-ci ont souvent une vision intraétablissement et, parfois même, intraservice du continuum de soins et services. Pour assurer sa crédibilité auprès des membres, l'animatrice doit être expérimentée en animation de groupe de discussion. Elle doit avoir une bonne lecture des enjeux politiques et stratégiques interétablissements et avoir une bonne connaissance des soins et services en question sans toutefois y être associée directement. Les acteurs concernés par la CS ont souligné l'importance de l'ensemble de ces caractéristiques d'animation, tel que remarqué à travers la CS en santé mentale. L'animatrice veille au développement d'un bon climat de travail en donnant le droit de parole à tous de façon égalitaire. En collaboration avec la conseillère-facilitatrice, elle est la gardienne du processus de la CS et, à l'aide des outils mis à sa disposition, voit au déroulement des étapes suivantes : identification des idées, priorisation des idées, développement des idées sous forme d'expérimentations et suivi des expérimentations. Cette dernière étape, réalisée au sein de la CS, est souvent l'occasion de mettre en lumière les enjeux réels et ouvre la voie à de nouvelles idées.

La conseillère-facilitatrice

L'intervention d'une conseillère-facilitatrice embauchée par le comité directeur s'avère essentielle pour fournir le support nécessaire au bon déroulement de tout le processus de la CS. Elle joue un rôle d'agent de liaison interétablissements, alors qu'elle s'occupe des liens avec les directions, départements et services concernés par les travaux de la CS. Compte tenu de son rôle pivot, les milieux ont souligné l'importance que cette ressource fasse preuve de neutralité et qu'elle soit dédiée au projet de la CS. La conseillère-facilitatrice exerce des fonctions de planification, d'organisation, de préparation, et même d'animation au besoin, en regard des travaux de la CS et des différentes instances du projet. Les réunions de la CS génèrent également du travail à réaliser pour ses membres et en particulier pour les cadres dans chacun des milieux. L'accompagnement et le soutien des acteurs du changement par cette ressource qui leur est dédiée forcent la progression du projet entre les rencontres de la CS, favorisant le passage à l'action. Ce soutien peut prendre la forme d'aide à la diffusion des travaux de la CS et de coaching auprès des gestionnaires dans la réalisation des changements.

La structure d'appui

Les meilleures idées retenues par la CS sont soumises pour consultation auprès d'un groupe de soutien interétablissements composé des cadres supérieurs qui dirigent les programmes visés¹. Il s'agit ici de s'assurer de l'appui de ceux qui auront à faire la promotion des changements auprès des autres membres de leur organisation. Les idées sont transmises par la suite pour approbation au comité directeur dont font partie les DG des établissements partenaires et les directrices déléguées au projet (idéalement une par établissement). Ces dernières deviennent les porteurs de dossiers pour le projet dans leur établissement et assurent les liens au plan politique et stratégique entre les réunions du comité directeur, en collaboration avec la conseillère-facilitatrice.

Une fois l'approbation pour le déroulement des expérimentations obtenue, la CS procède immédiatement à la mise en œuvre et planifie l'évaluation des initiatives retenues. La pratique a démontré qu'il était préférable que la CS s'attaque d'abord à des changements mineurs pour permettre aux participants d'apprendre à travailler ensemble, à se faire confiance et à passer à l'action concrètement sur le terrain.

¹ La composition du groupe de soutien peut varier selon la clientèle et les programmes touchés, et inclure notamment les directions ressources humaines.

Les travaux de la communauté stratégique

Les travaux débutent avec la présentation publique du diagnostic initial qui est immédiatement suivie d'une session de formation destinée aux membres de la CS pour les familiariser à l'approche de la CS et à ses modalités de fonctionnement. Par la suite, la CS consacre ses énergies à développer une représentation commune du continuum de soins et services. En santé mentale, cette tâche s'est avérée relativement complexe, compte tenu de la multiplicité des parcours de soins possibles. Le témoignage d'un bénéficiaire a permis d'illustrer concrètement les aléas rencontrés, dans son cas, pour accéder aux services offerts par les diverses ressources. Comme ce fut le cas en oncologie, la CS a aussi procédé à l'inventaire des problématiques susceptibles de retenir son attention et elle a choisi de s'attaquer à trois expérimentations pour lesquelles elle croyait être en mesure de passer rapidement à l'action : 1) utilisation d'une fiche de suivi au médecin référent, 2) partage d'informations entre les intervenants des CSSS et l'équipe d'une unité au CHUS lors d'une hospitalisation, et 3) intensification de la connaissance des organismes communautaires. Entre avril 2010 et mars 2011, les membres de la CS en santé mentale ont tenu 15 rencontres d'une durée moyenne de trois heures. Le taux de participation moyen a été de 86 %. Entre les rencontres, les membres ont dû à l'occasion réaliser certains travaux préparatoires pour favoriser l'avancement et l'appropriation des projets dans leur milieu respectif. Au moment où ce projet de recherche prend fin, de nouvelles expérimentations ont été identifiées et les milieux se sont engagés à poursuivre le travail.

Les enjeux politiques et organisationnels

La collaboration interétablissements comporte son lot d'enjeux politiques et organisationnels qui se présentent inévitablement en cours de route entre les partenaires. Au cours de cette expérience, les chercheurs ont joué un rôle de conseiller externe pour aider les directions à prendre du recul, à traiter ouvertement des difficultés vécues et des apprentissages réalisés au sein de chacun des établissements et à développer des stratégies conjointes pour permettre la réalisation simultanée des changements requis. La présence d'un conseiller externe en qui les DG ont confiance favorise l'équilibre des rapports entre les DG et aide à maintenir le momentum dans la réalisation des initiatives interétablissements.

L'engagement actif et constant des DG s'est avéré nécessaire pour que toutes les personnes concernées perçoivent bien que les initiatives interétablissements de la CS sont prioritaires et qu'elles ont préséance sur les priorités internes courantes. La position affirmée des DG en faveur de la CS à l'occasion notamment de la réaffectation à d'autres fonctions de certaines ressources, déplacées pour faciliter la progression du projet, a envoyé un signal clair aux différents partenaires que les enjeux soulevés étaient pris au sérieux.

L'approche de la CS cible les rapports interétablissements en mettant de l'avant des initiatives de changement imaginées par les cadres et professionnels qui œuvrent près de la clientèle. En ce sens, c'est une approche de changement ascendante (bottom-up) qui est contre-culturelle dans le secteur fortement hiérarchisé et bureaucraté de la santé et des services sociaux. Elle ne peut être déployée que dans des milieux qui sont favorables à une telle délégation de pouvoir vers le bas de la pyramide.

De façon à illustrer concrètement la nature des travaux réalisés au sein des CS, nous présentons sommairement ci-dessous les trois expérimentations réalisées en santé mentale, de même que les expérimentations en oncologie dont les résultats ont été pérennisés.

Expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum santé mentale

Les travaux menés au cours de la première année d'existence de la CS en santé mentale ont permis la réalisation de trois expérimentations (voir Annexe III – Évaluation des effets des expérimentations de la CS en santé mentale).

Utilisation d'une fiche de suivi au référent. Cette fiche a pour but d'assurer la continuité dans les suivis d'interventions tout en rassurant le médecin traitant sur la prise en charge et la progression de son client. Les intervenants des CSSS et de Jevi relatent que l'instauration de ce nouvel outil permet de systématiser une pratique, de développer un réflexe de collaboration avec les médecins, et même, au besoin, d'accélérer le rendez-vous des clients avec ces derniers. Les médecins apprécient l'accès rapide à l'information relative à l'approche privilégiée par les intervenants, leur permettant de renforcer la démarche entreprise.

Partage d'informations entre les intervenants des CSSS et l'équipe d'une unité au CHUS lors d'une hospitalisation. Cette expérimentation vise à harmoniser les interventions entre l'équipe d'intervenants et de psychiatres du CHUS et les intervenants des CSSS. Il s'agit d'accroître la fréquence des contacts entre les intervenants, en procédant à des appels rapides entre le CHUS et les CSSS lors d'une hospitalisation, et de faire participer un intervenant du CSSS lors des rencontres multidisciplinaires au CHUS. La collaboration et les effets positifs marqués découlant de cette pratique sont tels que tous souhaitent son élargissement aux autres unités de santé mentale du CHUS.

Intensification de la connaissance des organismes communautaires. Cette expérimentation consiste à inviter à tour de rôle les organismes communautaires à présenter leur offre de services aux intervenants des CSSS en adoptant une modalité de fonctionnement qui favorise un échange réel avec les participants. L'objectif est d'augmenter le niveau de confiance réciproque, de favoriser les arrimages et d'accroître le nombre de références. Encore une fois, le bilan est positif et cette pratique devrait se perpétuer.

Globalement, le bilan de l'expérience est à ce point positif que les DG ont accepté que la CS en santé mentale poursuive ses travaux au-delà de la période prévue par le projet de recherche. Le niveau de confort atteint par la CS est tel que des problématiques complexes concernant, entre autres, le fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale de Sherbrooke, de même que les litiges concernant la répartition des clientèles entre la première et la deuxième ligne, feront partie de leurs prochains travaux. De toute évidence, l'impasse ressentie par les participants au départ est en voie de s'estomper, comme l'illustre un participant : « On défait le mur tranquillement ». La CS incite à dépasser le travail en silo : « On sort de notre carré de sable »; « Avant, nous étions dans une course à relais; maintenant, nous sommes ensemble dans le même peloton. »

Pérennisation des expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum oncologie

Les travaux menés entre 2007 et 2009 par les CS en oncologie ont été pérennisés. Que ce soit à l'interne ou entre les établissements, les changements adoptés ont été maintenus et adaptés en cours de route aux besoins des différents milieuxⁱⁱ.

ⁱⁱ Pour une description détaillée des expérimentations développées par les CS en oncologie, voir Roy et coll. (2009).

Équipes de soins stables ou dédiées. En 2007, les participants à la première CS étaient arrivés à la conclusion que le travail devait être réorganisé autour d'équipes de soins relativement stables dans chacun des milieux visés de façon à rendre possibles les arrimages interétablissements. Au CSSS-IUGS, les bénéfices inhérents à la création d'une équipe dédiée à l'oncologie (c.-à-d. décloisonnement interprofessionnel à l'interne, réduction des doublons d'activités, amélioration sensible de la qualité des services offerts à cette clientèle, etc.) ont été tels que l'établissement a constitué une nouvelle équipe dédiée en déficience physique. Au CSSS du Granit, le fonctionnement en équipe a permis l'intégration d'infirmières auxiliaires, une pratique qui n'avait jamais été acceptée auparavant. Le fonctionnement en équipes a aussi été maintenu au CHUS. La formule des équipes est aujourd'hui envisagée chaque fois qu'une restructuration est nécessaire dans un programme-clients. Une formation sur le fonctionnement en équipes¹⁴ a d'ailleurs été développée à partir de cette expérience en oncologie.

Autoadministration du Neupogène. La pratique de l'enseignement de l'autoadministration du Neupogène est maintenant largement adoptée par la majorité des clients visés qui reçoivent des soins à domicile. La présence de l'équipe dédiée aux soins à domicile semble avoir eu un effet positif à cet égard. Par ailleurs, le personnel du secteur courant n'a toujours pas adopté cette pratique.

Mise en place d'ordonnances collectives. L'utilisation des ordonnances collectives pour le soulagement de la constipation et le retrait des agrafes est maintenant une pratique établie dans tous les milieux. Malgré la rapidité avec laquelle ces ordonnances ont été conçues et mises en place, aucune autre ordonnance n'a été développée, même si on en reconnaît l'intérêt.

Intervention précoce des organismes communautaires. À la lumière des conclusions issues de l'expérimentation visant une intervention précoce des organismes communautaires, cette dernière a été reconfigurée pour tenir compte des besoins réels des clients.

Poursuite des travaux de la CS en oncologie. En s'appuyant sur les résultats obtenus, les DG des établissements concernés ont convenu qu'il était nécessaire d'utiliser une structure régionale permanente, soit la sous-table régionale en oncologie, pour poursuivre la démarche interétablissements d'amélioration continue. Des nombreux projets possibles identifiés par la CS en oncologie, les responsables de cette sous-table en ont retenu trois : 1) la clarification du rôle des infirmières pivot en oncologie (IPO), 2) la mise en application de la fiche réseau en oncologie et, 3) le développement du programme oncologie et soins palliatifs ainsi que la trajectoire de soins pour la région de l'Estrie. On a pu noter une plus grande fluidité des communications entre les intervenants, une nette amélioration des liens interétablissements malgré le chemin qu'il reste encore à parcourir, ainsi qu'une meilleure collaboration du fait que les intervenants se connaissent davantage. De plus, l'existence de personnel dédié en oncologie accroît les échanges, le partage d'information et la connaissance réciproque.

Le diagnostic de l'état de la situation initiale au sein du continuum oncologie avait démontré que le fonctionnement en silos était tellement ancré dans les mœurs que non seulement les cadres de premier niveau et les professionnels des établissements du réseau n'entretenaient pas de relation, mais que la plupart ne se connaissaient pas. En 2007, les liens interétablissements se limitaient essentiellement au transfert par fax d'une fiche de continuité sommairement complétée pour chaque patient, alors qu'aujourd'hui une myriade de mécanismes d'interaction a pu être recensée (c.-à-d. contacts téléphoniques réguliers entre les intervenants, comité de liaison entre les gestionnaires, sous-table régionale en oncologie, table des infirmières pivots en oncologie, fiche réseau, etc.)¹⁵. Les liens s'établissent aujourd'hui sur une base plus personnelle parce que les gens se connaissent et comprennent davantage le contexte de travail des autres ainsi que le fonctionnement du continuum dans son ensemble.

Évolution de la collaboration interorganisationnelle

Nous avons choisi d'utiliser le modèle de la collaboration interorganisationnelle de D'Amour et coll.¹¹⁻¹² afin d'évaluer l'évolution de la perception des principaux acteurs qui interviennent en santé mentale en Estrie et plus spécifiquement dans la région de Sherbrooke. Ce modèle s'appuie sur quatre dimensions et dix variables (voir Annexe IV – Variables d'analyse de la collaboration interorganisationnelle). Le tableau ci-dessous présente la description de chacune de ces variables.

Tableau 2 – Variables du modèle sur la collaboration interorganisationnelle de D'Amour et coll.

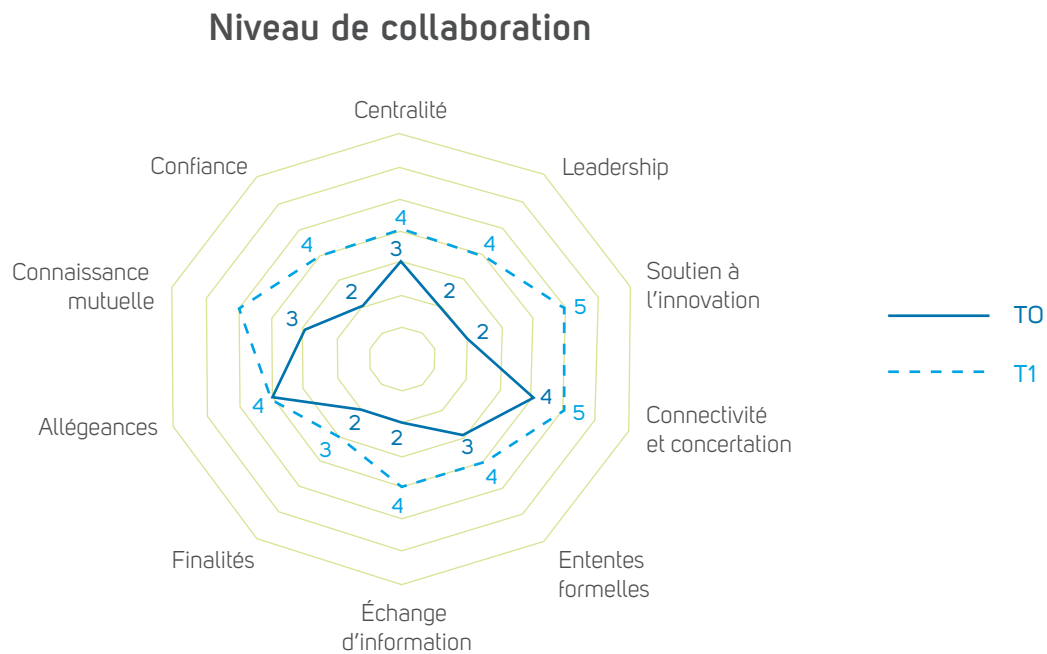
VARIABLES	DESCRIPTIF SOMMAIRE
Centralité	Existence d'une autorité centrale claire qui guide l'action vers la collaboration au plan stratégique et politique afin de favoriser l'adoption ou la modification de structures et de processus collaboratifs.
Leadership	Existence d'un leadership local (formel ou informel) qui favorise le développement interprofessionnel et interorganisationnel. Les partenaires sentent que leur point de vue est considéré et qu'ils participent à la décision.
Soutien à l'innovation	La collaboration génère de nouvelles activités, de nouveaux partages de responsabilités. Cela implique un soutien à l'apprentissage et l'accès à une expertise interne ou externe pour accompagner ce changement.
Connectivité et concertation	L'interconnexion est facilitée par l'existence de lieux de discussions et de construction de liens entre les partenaires. Cela aide la coordination en permettant l'ajustement en réponse aux problèmes qui se présentent.
Ententes formelles	Existence d'ententes formelles permettant de clarifier les responsabilités des différents partenaires. Elles peuvent prendre la forme de contrats, de protocoles, de lettres d'engagement, etc.
Échange d'information	Existence d'une infrastructure permettant l'échange systématique d'information entre les partenaires et les professionnels. Cela réduit l'incertitude quant au suivi des patients et permet d'apprécier les professionnels sur la base des échanges écrits et de la rétroaction donnée.
Finalités	Présence de buts communs et partagés permettant de développer une approche consensuelle : par exemple, améliorer les soins offerts aux patients, répondre à leurs besoins, etc.
Allégeances	Présence d'intérêts convergents qui influencent l'orientation des décisions et des actions.
Connaissance mutuelle	Les acteurs se connaissent personnellement et professionnellement (valeurs et compétences, cadre de référence, services offerts, approche de soins, étendue de la pratique).
Confiance	La confiance réduit l'incertitude liée à la compétence des autres et à leur capacité d'assumer la responsabilité des soins.

Le modèle permet de qualifier l'intensité de la collaboration selon une typologie à trois niveauxⁱⁱⁱ : 1) l'intensité la plus faible est qualifiée de *collaboration latente*. À ce niveau, les variables de collaboration sont décrites comme étant absentes ou quasi absentes; 2) l'intensité intermédiaire est qualifiée de *collaboration en construction*. À ce niveau, les variables de collaboration sont décrites comme étant diffuses, ponctuelles, incomplètes et fragmentaires; 3) l'intensité la plus forte est qualifiée de *collaboration en action*. À ce niveau, les variables de collaboration sont décrites comme étant ancrées, consensuelles, partagées ou concertées.

Suivant l'analyse des entrevues réalisées avant et après le projet, il ressort que le niveau de collaboration entre les partenaires s'est considérablement amélioré (Figure 2). Il est à noter toutefois que l'évolution du niveau de collaboration entre les organisations ne peut être attribuée uniquement à la CS, même si plusieurs personnes ont mentionné son effet déterminant à cet égard. Plusieurs des acteurs impliqués au sein de la CS siègent sur d'autres instances (tables de concertation, comités régionaux, etc.) et plusieurs changements concomitants avaient cours durant la même période. La variation observée est attribuable à un ensemble de facteurs que l'on ne peut différencier. Lorsqu'une tendance se dégage plus nettement dans l'attribution d'un effet à une cause plutôt qu'à une autre, il en est fait mention dans le texte.

Globalement, la collaboration entre les partenaires est passée de *latente* à une collaboration *en construction* (voir Annexe V – Mesure de la collaboration à partir du modèle de D'Amour et coll.).

Figure 2 – Évolution de la collaboration interorganisationnelle en santé mentale en Estrie (Sherbrooke) entre l'automne 2009 (T0) et le printemps 2011 (T1)



ⁱⁱⁱ La gradation de l'échelle a été modifiée en subdivisant les trois niveaux en sept degrés pour raffiner le degré de précision de l'évolution de la situation entre le début (T0) et la fin (T1) du projet.

Les initiatives ayant eu le plus d'impact sur la progression de la collaboration sont celles liées au soutien à l'innovation. En 2009, les personnes interrogées déploraient le peu d'expertise disponible pour soutenir les changements requis par l'implantation du Plan d'action en santé mentale^{iv}. En 2011, les répondants observent que l'expertise est de plus en plus disponible. Plusieurs constatent les effets positifs associés à la présence d'une expertise médicale (médecins et psychiatres répondants) et apprécient que des formations ciblées sur les besoins des équipes des CSSS soient offertes. Le soutien aux expérimentations de la CS offert par la conseillère-facilitatrice contribue également à cette perception positive.

Les autres éléments qui présentent une progression importante sont l'échange d'information, la connaissance mutuelle et la confiance. Ces trois éléments sont liés et s'influencent mutuellement.

Les expérimentations retenues par la CS visaient principalement l'accroissement des échanges d'information entre les partenaires (fiches de suivi, contact systématique entre les intervenants au dossier, visites d'information). Ces expérimentations ont contribué à accroître la connaissance des uns et des autres et leur compréhension du rôle de chacun. Cette meilleure connaissance a permis de défaire d'anciennes perceptions sur la volonté ou la capacité des divers partenaires à participer à l'amélioration d'ensemble des soins et services offerts. Plusieurs personnes interrogées ont remarqué un accroissement des références qui leur sont faites et une amélioration de leur qualité.

Conséquence directe de l'augmentation des occasions d'échanger et de l'amélioration de la connaissance mutuelle, la confiance s'est également accrue entre les partenaires. Alors qu'il y avait absence notable de confiance entre les partenaires en 2009, l'ensemble des répondants constate une amélioration, à tous les niveaux hiérarchiques. Les membres de la CS en particulier ont développé une grande confiance entre eux et beaucoup de respect. Comme plusieurs de ces personnes interviennent sur de nombreux plans en santé mentale dans la région, les effets positifs conjugués de la confiance sur l'avancement de plusieurs dossiers sont perceptibles.

Les variables de connectivité et concertation et des ententes formelles ont elles aussi progressé. Les lieux de concertation qui existaient avant le projet sont demeurés et de nouveaux sont apparus, liés à la CS. Ainsi, le groupe de soutien de la CS, sur lequel siègent des gestionnaires et des directeurs, a été perçu comme un lieu de discussion où les problèmes peuvent se traiter concrètement. De plus, plusieurs responsables mentionnent avoir pris l'habitude de se téléphoner pour vérifier les informations qui leur parviennent afin d'éviter de généraliser des impressions à partir d'épiphénomènes. De nouvelles ententes sont apparues. Même si leur degré de formalisation est variable, les répondants soulignent les avancées relativement à l'élaboration du cheminement clinique ainsi que les ententes associées à la nouvelle organisation des services résidentiels.

Bien que la situation ait progressé entre 2009 et 2011, les perceptions des répondants sont moins concordantes sur les dimensions qui touchent la gouvernance et la vision. Lorsqu'il s'agit de déterminer quelle instance joue un rôle central au plan régional pour guider la collaboration (centralité), les opinions sont encore partagées. Plusieurs réfèrent au Plan d'action en santé mentale du MSSS tandis que l'ASSSE semble exercer une influence plus déterminante qu'auparavant. Le rôle joué par le CHUS demeure toutefois ambigu. Si, dans l'ensemble, la perception des répondants s'est améliorée vis-à-vis le leadership exercé par le CHUS au plan local, plusieurs reprochent encore à certains de ses représentants d'adopter trop souvent une attitude directive plutôt que consultative.

^{iv} Le plan d'action en santé mentale (2005-2010), un cadre de référence élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), vise, entre autres, à développer de nouveaux liens entre les établissements de santé.

Enfin, tous conviennent qu'il reste du travail à faire pour améliorer la concordance entre les buts poursuivis (finalités) et les actions. Les visions se sont rapprochées, mais le clivage entre l'approche hospitalière (prise en charge du patient) et la vision communautaire (développement de l'autonomie) demeure présent. Les appartenances professionnelles continuent d'influencer l'orientation des actions (allégeances).

CONCLUSION

En se fondant sur les résultats obtenus dans les continuums de soins et services en santé mentale et en oncologie, la CS s'avère être une modalité interétablissements de changement qui permet de passer à l'action dans des systèmes réputés difficiles à changer. Non seulement les changements réussissent à durer dans le temps, mais les meilleurs coups sont transférés à d'autres continuums. La collaboration et la confiance interprofessionnelles et interorganisationnelles s'accroissent de façon significative dans des milieux où les relations étaient, au départ, dans un cas inexistantes et dans l'autre, problématiques. L'investissement requis pour la mise en œuvre d'une CS est important en temps et en énergie à tous les niveaux hiérarchiques. Cependant, les gains ont été suffisamment significatifs pour que l'ensemble des DG de la région de l'Estrie manifeste un fort intérêt pour cette approche. Plusieurs entrevoient des clientèles potentielles pour de futures CS et des démarches sont déjà en cours pour évaluer la faisabilité d'une CS auprès d'une clientèle spécifique.

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. Roy, M., Audet, M., Fortier, L., B. Lortie, P., Gosselin, A. et Cyr, S. (2009). *Pénurie de main-d'œuvre et transformation de l'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie* MSSS, rapport final de recherche.
2. Kodama, M. (2002). Transforming an Old Company Through Strategic Communities. *Long Range Planning*, 35, 349-365.
3. Kodama, M. (2005). Knowledge Creation through Networked Strategic Communities : Case Studies on New Product Development in Japanese Companies. *Long Range Planning*, 38, 27-49.
4. Kodama, M. (2007). Innovation and knowledge creation through leadership-based strategic community : Case study on high-tech company in Japan. *Technovation*, 27(3), 115.
5. Shibata, T. et Kodama, M. (2007). Knowledge integration through networked strategic communities : two case studies in Japan. *Business Strategy Series*, 8(6), 394-400.
6. Wenger, E. C. et Snyder, W. M. (2000). Communities of Practice : The Organizational Frontier. *Harvard business review*, 78(1), 139-145.
7. Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n°39, 37 pages.
8. Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M.E. et Eccles, M. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance : a systematic review. *Implementation Science*, 6(33), 1-8.
9. Site web de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (saisi le 11 juillet 2011) : <http://www.lestrietapplaudit.com/survoler-les-lieux-de-travail>
10. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage publications, 3^e édition.
11. D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. et Remondin, M. (2003). *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*.
12. D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martin-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188).
13. Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal : Chenelière éducation, 2^e édition.
14. Roy, M., Audet, M., B. Lortie, P., Fortier, L. et Gosselin, A. (2011). Travailler en équipe, OUI! Mais comment? *Perspective Infirmière*, 8(4), 28-29.
15. Cyr, S. (2011). *Les liens interétablissements : une mesure de la vitalité du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.