

## Rapport final de recherche

### **La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle**

#### **Rapport rédigé par les membres de la CÉOT :**

Mario Roy

Madeleine Audet

Annie Gosselin

Pier B. Lortie

Lucie Fortier

Septembre 2011

#### **Cette recherche a bénéficié du soutien financier des organismes suivants :**

Fondation canadienne de la recherche sur les 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

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>III</b>
<b>MESSAGES CLÉS DESTINÉS AUX DÉCIDEURS .....</b>	<b>IV</b>
<b>RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>V</b>
<b>RAPPORT.....</b>	<b>1</b>
CONTEXTE .....	1
IMPLICATIONS POUR LES DÉCIDEURS .....	5
APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE .....	6
<i>Évaluation du fonctionnement de l'approche de la communauté stratégique .....</i>	<i>7</i>
<i>Évaluation des résultats des expérimentations.....</i>	<i>8</i>
<i>Évaluation de l'effet de l'expérience de la communauté stratégique sur la collaboration interorganisationnelle .....</i>	<i>9</i>
RÉSULTATS.....	10
<i>Fonctionnement de la communauté stratégique.....</i>	<i>10</i>
Les conditions préalables.....	10
Le diagnostic initial par un intervenant externe.....	11
La composition de la communauté stratégique.....	11
L'animatrice de la communauté stratégique.....	11
La conseillère-facilitatrice.....	12
La structure d'appui.....	13
Les travaux de la communauté stratégique.....	13
Les enjeux politiques et organisationnels.....	14
<i>Expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum santé mentale .....</i>	<i>15</i>
<i>Pérennisation des expérimentations de la communauté stratégique dans le continuum oncologie....</i>	<i>17</i>
<i>Évolution de la collaboration interorganisationnelle .....</i>	<i>19</i>
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE .....	24
<b>ANNEXE I – TABLEAUX DÉTAILLÉS DES COLLECTES DE DONNÉES.....</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXE II – ACTIVITÉS DE DIFFUSION RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET TOT</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE III – ÉVALUATION DES EFFETS DES EXPÉRIMENTATIONS DE LA CS EN SANTÉ MENTALE.....</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE IV – VARIABLES D'ANALYSE DE LA COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE DE D'AMOUR ET AL.....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE V – MESURE DE LA COLLABORATION À PARTIR DU MODÈLE DE D'AMOUR ET AL.....</b>	<b>37</b>

## **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 décrystalliser 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 croit 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.

## **RAPPORT**

---

### ***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 Québec [1]. 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 personnes [9]. 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 Kodama [2-4] et Shibata [5]. 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 similaires [6], 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 TOT [1] 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 scientifique [7-8]. 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 incompressibles. 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 :

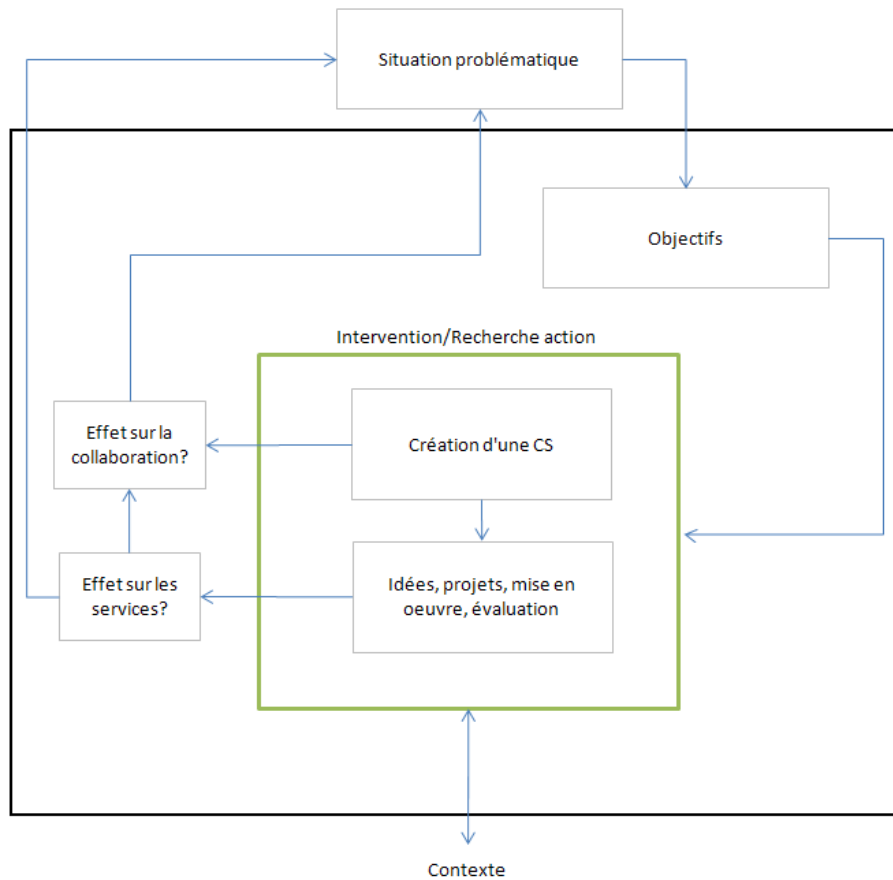
- Le niveau de confiance entre les DG et leur intérêt à réaliser conjointement des changements interétablissements dans les continuums de soins doivent être élevés;
- L'adoption simultanée de changements au sein des organisations partenaires nécessite que ces derniers aient préséance sur les priorités 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**

<b>PÉRIODES</b>	<b>NB DE PERSONNES RENCONTRÉES*</b>
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 al. [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 contenu [13]. 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 al. 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 visés<sup>1</sup>. 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.

### ***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

---

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

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 3 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 bureaucratisé 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 du client avec ce dernier. 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 milieux<sup>3</sup>.

*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 dédoublements 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

---

<sup>3</sup> Pour une description détaillée des expérimentations développées par les CS en oncologie, voir Roy et al. (2009).



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-clientèle. Une formation sur le fonctionnement en équipes [14] 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 al. [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 al.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPTIF SOMMAIRE</b>
<b>Centralité</b>	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.
<b>Leadership</b>	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.
<b>Soutien à l'innovation</b>	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.
<b>Connectivité et concertation</b>	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.
<b>Ententes formelles</b>	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.
<b>Échange d'information</b>	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.
<b>Finalités</b>	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.
<b>Allégeances</b>	Présence d'intérêts convergents qui influencent l'orientation des décisions et des actions.
<b>Connaissance mutuelle</b>	Les acteurs se connaissent personnellement et professionnellement (valeurs et compétences, cadre de référence, services offerts, approche de soins, étendue de la pratique).
<b>Confiance</b>	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 niveaux<sup>2</sup> :

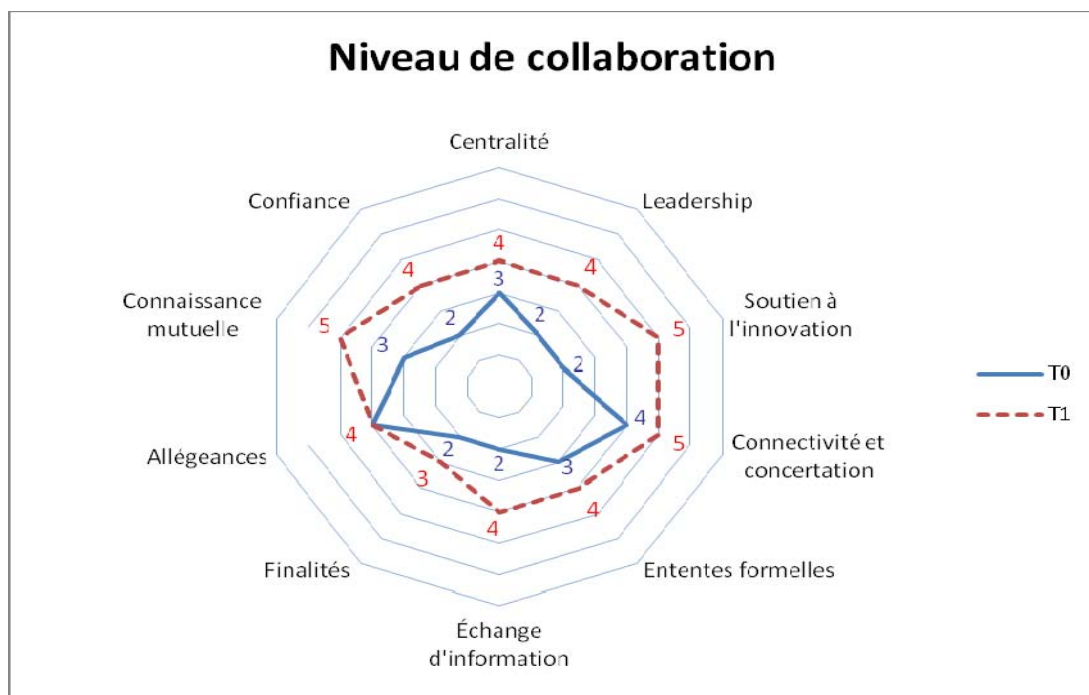
1) l'intensité la plus faible est qualifiée de *collaboration latente*. À ce niveau, les variables de collaboration sont décrites comme étant absentes ou quasi absentes; 2) l'intensité intermédiaire est qualifiée de *collaboration en construction*. À ce niveau, les variables de collaboration sont décrites 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.

<sup>2</sup> 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.

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 al.).

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



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<sup>3</sup>. 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

---

<sup>3</sup> 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.

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.

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.lestrietaplaudat.com/survoler-les-lieux-de-travail>
10. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage publications, 3<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.



## ANNEXE I – TABLEAUX DÉTAILLÉS DES COLLECTES DE DONNÉES

**TABLEAU SYNTHÈSE DES DONNÉES RECUEILLIES DANS LE CADRE DE LA CS EN SANTÉ MENTALE ET DE LA PÉRENNISATION DES EXPÉRIMENTATIONS DE LA CS EN ONCOLOGIE**

121 personnes différentes rencontrées
75 entrevues individuelles et groupes de discussion
12 observations lors de rencontres administratives (groupes de discussion)
87 heures d'observation, d'entrevues et de groupes de discussion dans les milieux
119 heures de préparation et de rencontres de la CS en santé mentale
49 heures de rencontres des instances de suivi du projet (comités)

**TABLEAU DÉTAILLÉ DES RENCONTRES RELIÉES AU PROJET TOT  
(SEPTEMBRE 2009 À AVRIL 2011)**

ACTIVITÉS	PERSONNES IMPLIQUÉES	NB RENCONTRES	DURÉE
Comité directeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 DG des 3 établissements</li> <li>▪ 2 directrices déléguées au Projet TOT (CHUS, CSSS-IUGS)</li> <li>▪ Conseillère-facilitatrice</li> <li>▪ 2 chercheurs et 1 professionnel de recherche</li> </ul>	14 rencontres	<b>28 heures</b>
Groupe de soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestionnaires cliniques et administratifs concernés de chaque établissement</li> <li>▪ Directrice déléguée au Projet TOT</li> <li>▪ Conseillère-facilitatrice</li> <li>▪ Animatrice de la CS</li> <li>▪ 1 chercheur et 1 professionnel de recherche</li> </ul>	8 rencontres	<b>12 heures</b>
Groupe de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 directrices déléguées au Projet TOT</li> <li>▪ Conseillère-facilitatrice</li> <li>▪ 2 chercheurs et 1 professionnel de recherche</li> </ul>	6 rencontres	<b>9 heures</b>

**TABLEAU DÉTAILLÉ DES RENCONTRES RELIÉES AU FONCTIONNEMENT DE LA CS EN SANTÉ MENTALE  
(AVRIL 2010 À MARS 2011)**

ACTIVITÉS	NB DE RENCONTRES	DURÉE
Observation aux rencontres de la CS	15 rencontres	<b>48 h</b>
Rencontres préparatoires avec l'animatrice	16 rencontres	<b>24 h</b>
Rencontres de suivi avec la conseillère-facilitatrice	24 rencontres	<b>47 h</b>

**TABLEAU DÉTAILLÉ DES DONNÉES RECUEILLIES DANS LE CADRE DE LA CS EN SANTÉ MENTALE  
(OCTOBRE 2009 À AVRIL 2011)**

TYPE DE DONNÉES	NOMBRE	DURÉE	RETOURS AUX MILIEUX
<b><i>Pré CS – Évaluation de la collaboration T0 – Oct. 2009 à mars 2010</i></b>			
Entrevues individuelles et groupes de discussion (21 <sup>4</sup> ) auprès de gestionnaires, médecins, organismes communautaires et représentants d'instances régionales	<b>20 personnes</b>	<b>31 h</b>	- CS - Groupe de soutien
<b><i>En cours de CS – Évaluation des expérimentations<sup>5</sup> – Oct. 2010 à avril 2011</i></b>			
<u>Mise en place (oct. – nov. 2010)</u> Observation à des rencontres administratives (2) regroupant des intervenants et médecins touchés par les expérimentations / entrevues individuelles (2) avec des gestionnaires	<b>35 personnes</b>	<b>6,5 h</b>	- CS
<u>Déroulement (nov. 2010 – janv. 2011)</u> Observation à des rencontres administratives (4) regroupant des intervenants et médecins touchés par les expérimentations / entrevue individuelle (1) avec un gestionnaire	<b>49 personnes</b>	<b>4,5 h</b>	- CS - Groupe de soutien - Comité directeur
<u>Post expérimentations (mars – avril 2011)</u> Observation à des rencontres administratives (6) regroupant des intervenants et médecins touchés par les expérimentations / entrevues individuelles (8) avec des gestionnaires et médecins	<b>56 personnes</b>	<b>7,5 h</b>	- CS - Comité directeur - Groupe de soutien (à venir)
Feuilles de compilation complétées par les gestionnaires membres de la CS pour les expérimentations #1 et #2	<b>8 compilations</b>	N/A	- CS - Groupe de soutien - Comité directeur
Questionnaire d'appréciation administré par les gestionnaires des 2 CSSS membres de la CS pour l'expérimentation #3	<b>41 questionnaires (4 visites)</b>	N/A	- CS - Groupe de soutien - Comité directeur
<b><i>Fin de CS – Évaluation de la collaboration T1 et de l'approche de la CS – Mars et avril 2011</i></b>			
Entrevues individuelles et groupes de discussion (28) auprès de gestionnaires, médecins, organismes communautaires, représentants d'instances régionales et membres de la CS	<b>28 personnes</b>	<b>24 h</b>	- Comité directeur

**TABLEAU DÉTAILLÉ DES DONNÉES RECUEILLIES DANS LE CADRE DE LA PÉRENNISATION DES TRAVAUX DE LA CS EN ONCOLOGIE (MARS ET AVRIL 2011)**

TYPE DE DONNÉES	NOMBRE	DURÉE
Groupe de discussion (1)	10 personnes	<b>2 h</b>
Entrevues individuelles (14) avec des gestionnaires touchés par les expérimentations	14 personnes	<b>10,5 h</b>

<sup>4</sup> Certaines personnes ont été rencontrées à plus d'une reprise par le biais d'entrevue individuelle et de groupe de discussion.

<sup>5</sup> Au total, 68 personnes différentes ont été rencontrées.

## ANNEXE II – ACTIVITÉS DE DIFFUSION RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET TOT

---

### *Diffusion scientifique*

- Roy, M., Audet, M., St-Louis, D. et Archambault, J. (2010). Repenser l'organisation du travail en réseau : l'approche innovatrice de la communauté stratégique. *Revue Gestion*, 34(4), 48-54.
- Audet, M., Roy, M., Archambault, J., Gosselin, A., B. Lortie, P. et Cyr, S. (2010). La transformation de l'organisation du travail en réseau – Bilan de l'expérience des communautés stratégiques en oncologie. 16<sup>e</sup> Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française (AIPTLF), Lille, France, 6 au 9 juillet 2010.
- Audet, M. et Roy, M. (2011). La communauté stratégique : une nouvelle façon de travailler en réseau. 79<sup>e</sup> Congrès international de l'ACFAS : curiosité, diversité et responsabilité. Sherbrooke, 9-13 mai 2011.
- Roy, M., Audet, M. (2011). Créer des relations personnelles pour transformer l'organisation du travail interétablissements. *Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) : Oser recréer les relations entre l'humain et les organisations*. Montréal, 26-27 mai 2011.

---

### *Diffusion professionnelle*

- Roy, M., Audet, M., Archambault, J. et Boucher, C. (2010). Organisation du travail interétablissements : l'approche innovante de la communauté stratégique. *Revue Hospitalière de France*. No 534, mai-juin, 46-51.
- Audet, M., Roy M. et Houle, L. (2010). Transformer ensemble l'organisation du travail : l'expérience des CS en Estrie. Colloque RH et SST de l'AQESSS. Décembre 2010.
- 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.
- Gosselin, A., B. Lortie, P., Audet, M. et Roy, M. (2011). Une expérience de transformation de l'organisation du travail révèle trois façons différentes de travailler en équipe. 12<sup>e</sup> Conférence biennale sur le leadership dans la profession infirmière, présentée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Montréal, Québec, 13 au 15 février 2011.

### ***Diffusion auprès des milieux***

- Roy, M., Audet, M. et Massé, M.-J. Bilan du projet TOT.
  - Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l’Estrie (TCRE), présentation auprès des DG des établissements de l’Estrie, le 22 janvier 2010.
- Roy, M., Massé, M.-J., Gosselin, A., Boucher, C., Benoît, B. et Gagné, M-C. Bilan du projet TOT (et nouveau projet TOT en Santé mentale).
  - Présentation aux chefs clinico-administratifs et médicaux au CHUS, le 29 janvier 2010.
  - Présentation aux instances syndicales et professionnelles de l’Estrie, le 12 mai 2010.
- Roy, M., Audet, M., Massé, M.-J., Gosselin, A., Boucher, C., Benoît, B. et Gagné, M-C. Bilan du projet TOT.
  - Pause scientifique organisée par le CSSS-IUGS, présentation à l’ensemble du réseau de l’Estrie, le 4 février 2010.
- Massé, M.-J. (2010-2011). Transmission de nouvelles de la CS dans les différents journaux internes des établissements partenaires sur une base semestrielle.
- Roy, M., Audet, M. et Massé, M.-J. Information sur les expérimentations de la communauté stratégique. Comité directeur en santé mentale de l’Estrie, le 13 janvier 2011.
- Roy, M. et Audet, M., / témoignage des DG des établissements partenaires. La communauté stratégique : une stratégie interétablissements de transformation de l’organisation du travail. Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l’Estrie (TCRE), le 21 janvier 2011.
- Roy, M., Audet, M., Boucher, C. et Massé, M.-J. Présentation de la stratégie de la communauté stratégique – session de visioconférence auprès de la communauté de pratique de l’AQESSS, le 18 mars 2011.

---

### ***Activités de diffusion (à venir)***

- Roy, M. La communauté stratégique : une approche novatrice de collaboration en réseau. 13<sup>e</sup> colloque en gestion des CHU, Québec, le 16 septembre 2011.
- Audet, M. et Massé, M.-J. De l’idée à l’action : réaliser le changement autrement grâce à la *Communauté stratégique*. Activités de la section Estrie de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO), Sherbrooke, le 8 février 2012.

## ANNEXE III – ÉVALUATION DES EFFETS DES EXPÉRIMENTATIONS DE LA CS EN SANTÉ MENTALE

### FICHE DE SUIVI AU RÉFÉRENT

#### OBJECTIFS INITIAUX DE LA FICHE DE SUIVI AU RÉFÉRENT

- Assurer une continuité dans les suivis
- Rassurer le médecin traitant sur la prise en charge
- Connaître l'intervenant pivot
- Être informé sur la progression du suivi

MILIEU	CONTEXTE	ÉTAT DE L'IMPLANTATION DE LA FICHE
<b>JEVI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Faible taux de clients avec un md de famille (25 %)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 8 fiches remplies auprès de clients avec md de famille (100 %)</li></ul>
<b>CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 3 intervenants sociaux</li><li>▪ Clientèles SIV et Ambulatoire desservies par la même équipe</li><li>▪ Fiche utilisée seulement par les intervenants sociaux (pas par les infirmières)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bilan inconnu (pas de compilation)</li></ul>
<b>CSSS-IUGS – ÉQUIPE SIV</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 6 intervenants</li><li>▪ Beaucoup de changements au sein de l'équipe lors du démarrage des expérimentations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 93 fiches complétées (95 %)</li></ul>
<b>CSSS-IUGS – ÉQUIPE AMBULATOIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 21 intervenants</li><li>▪ Jeune équipe</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 362 fiches complétées (87 %)</li></ul>

## EFFETS CONSTATÉS SUITE À L'IMPLANTATION DE LA FICHE

### SUR LA PRATIQUE

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <i>Les intervenants constatent...</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Contenu clair et facile à remplir (++) informatisée, ++ faxée par un tiers)</li><li>▪ (+) Force la réalisation rapide du plan d'intervention</li><li>▪ (+) Facilite la rédaction du plan d'intervention (objectifs)</li><li>▪ (+) Systématise une pratique et uniformise un outil (développe le réflexe de collaboration)</li><li>▪ Exige une meilleure organisation du travail</li><li>▪ (-) Pratique difficile à intégrer : faible volume (Jevi), travaillent sur la route (SIV)</li><li>▪ (-) Paperasse de plus</li><li>▪ (-) Effort considérable pour démarrer la pratique (réduit temps intervention)</li></ul> |
| <i>Les médecins constatent...</i>     | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Contenu clair, lisible et information pertinente</li><li>▪ (+) Systématise l'accès à l'information (évite pertes de temps)</li><li>▪ (+) Facilite la rédaction des papiers d'assurance</li><li>▪ (+) Permet de prioriser les rendez-vous et les actions à faire</li></ul>  |

### SUR LES LIENS

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <i>Les intervenants constatent...</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Permet d'informer le médecin pour tous les clients (même pour les clients qui vont « bien »)</li><li>▪ (+) Meilleure communication, davantage de liens, facilite les échanges</li><li>▪ (+) Améliore peu à peu la connaissance des médecins envers les CSSS</li><li>▪ (+) Démontre de l'ouverture à travailler ensemble</li><li>▪ (-) Communication unidirectionnelle (peu ou pas de retour du médecin) : Fiche lue par les médecins? Utile?</li></ul> |
| <i>Les médecins constatent...</i>     | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Permet de connaître : nom de l'intervenant, objectifs poursuivis, type d'approche et de suivi</li><li>▪ (+) Accroît la collaboration (directe ou indirecte) : renforce la démarche du CSSS</li><li>▪ (+) Informé directement par le CSSS plutôt que par le client : accès à des données objectives et évite le clivage</li><li>▪ (+) Améliore la confiance envers le CSSS et augmente les références</li></ul>   |

### SUR LES CLIENTS

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <i>Les intervenants constatent...</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Meilleure concertation et démontre le travail en équipe</li><li>▪ (+) Plus grande implication du client</li><li>▪ (+) Accélère (lorsque requis) le rdv avec le médecin (Jevi, Coaticook)</li><li>▪ (-) SIV : Aucun effet significatif constaté</li></ul> |
| <i>Les médecins constatent...</i>     | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ (+) Permet de répondre aux besoins les plus pressants (rdv)</li><li>▪ (+) Réduit les clivages</li><li>▪ (+) Permet de rassurer le patient sur le suivi à venir (Ex. : Participation à un groupe au CSSS-IUGS)</li></ul>                                      |

## BILAN ET RECOMMANDATIONS

MILIEU	BILAN ET RECOMMANDATIONS
JEVI	Peu exigeant et changement mineur. Pratique à poursuivre, car effets positifs ressentis.
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	Forte motivation à poursuivre due à l'appréciation connue des médecins de famille et aux effets positifs constatés.
CSSS-IUGS – ÉQUIPE SIV	Poursuite de la pratique envisageable, mais à certaines conditions : - Envoi au md de famille et non aux psychiatres - Envoi à des moments précis (début et fin de suivi, changement d'intervenant ou transfert)
CSSS-IUGS – ÉQUIPE AMBULATOIRE	Effets positifs constatés, mais perçue comme un ajout administratif (paperasse) malgré la substitution d'autres formulaires. Besoin de renforcement sur les effets de la fiche auprès des médecins (témoignage et échanges) pour faire du sens et motiver l'équipe.

***BILAN : POURSUIVRE L'UTILISATION DE CETTE FICHE EN INFORMANT LES ÉQUIPES DES EFFETS BÉNÉFIQUES POUR LES MÉDECINS, EN CONSIDÉRANT LES RECOMMANDATIONS DE L'ÉQUIPE SIV ET EN S'ASSURANT QUE LES INTERVENANTS DÉLAISSENT L'UTILISATION DES ANCIENS FORMULAIRES.***

---

### PRATIQUES GAGNANTES LORS DE L'IMPLANTATION DE LA FICHE

- Élaborer une procédure d'utilisation claire de la fiche
  - Référent = Médecin de famille? Psychiatres? Organismes communautaires?
- Gérer dès le départ les enjeux liés à la confidentialité (consentement)
- Prendre des actions concrètes pour s'assurer que les intervenants ne poursuivent pas leurs anciennes pratiques
  - Ex. : Bien spécifier les outils à éliminer suite à l'implantation d'un nouvel outil, si applicable
  - Ex. : S'assurer d'éliminer les outils qui ne serviront plus
- Effectuer un suivi étroit de l'utilisation de la fiche
  - Montre le sérieux de la démarche
  - Suscite des réactions → suivi inhabituel : aidant ou dérangent
- Faire preuve de flexibilité : tenir compte du contexte et adapter l'application de l'outil
- Réduire la lourdeur cléricale : informatiser la fiche / déléguer son envoi
- Informer les intervenants des effets nommés par les médecins de famille (témoignage des médecins)

**PARTAGE D'INFORMATION ENTRE LES INTERVENANTS DES CSSS  
ET L'ÉQUIPE DU 10<sup>E</sup> ÉTAGE AU CHUS LORS D'UNE HOSPITALISATION**

**OBJECTIFS INITIAUX DE CETTE EXPÉRIMENTATION**

- Avoir une vision commune des besoins actuels du client
  - Harmoniser nos orientations d'interventions
  - Partager les responsabilités (séquence d'interventions)
  - Faciliter la prise en charge du client par le CSSS
- 

**ÉTAT D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE**

**FREQUENCE DES CONTACTS**

*Nombreux **contacts** entre l'équipe du 10<sup>e</sup> étage et les intervenants des CSSS...*

- Appel rapide à l'hospitalisation CHUS → CSSS (21/24, en moins de 3 jours ouvrables)
- Retour d'appel rapide CSSS → CHUS (20/23 en 24 h)
- Contact fréquent durant l'hospitalisation (16/21) et à la sortie du patient (13+5/21)

**RENCONTRES MULTIDISCIPLINAIRES**

*Nombre de **rencontres multidisciplinaires** auxquelles a assisté un intervenant du...*

- CSSS-IUGS : environ 13 rencontres avec 6 psychiatres différents
  - CSSS de la MRC-de-Coaticook : 1 rencontre en présentiel, 3 échanges téléphoniques
-



## EFFETS CONSTATÉS SUITE À L'IMPLANTATION DE CETTE PRATIQUE

SUR LA PRATIQUE	
<i>Les intervenants des CSSS constatent...</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (+) Meilleure connaissance du mode de fonctionnement du 10<sup>e</sup> étage</li> <li>▪ (+) Perception d'un réel travail d'équipe → Diminution de la lourdeur du suivi + Valorisation et reconnaissance de leur travail</li> <li>▪ Préparation adéquate nécessaire en vue de la rencontre multidisciplinaire</li> <li>▪ (-) Temps de déplacement pour assister à la rencontre multidisciplinaire</li> </ul>
<i>Les intervenants du CHUS constatent...</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (+) Meilleure connaissance des soins et services offerts par les CSSS</li> <li>▪ (+) Information sur le patient lorsqu'il est dans la communauté</li> <li>▪ (+) Psychiatres : appréciation de cette pratique systématique, suggestion d'élargir aux autres étages</li> <li>▪ (-) Durée de la rencontre multidisciplinaire plus longue</li> </ul>
SUR LES LIENS	
<i>Les intervenants des CSSS et du CHUS constatent...</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (+) Accueil extraordinaire par l'équipe du 10<sup>e</sup> étage : respect, considération (ex. : retour d'appel rapide, adaptation de l'heure de la rencontre à l'horaire des intervenants)</li> <li>▪ (+) Sentiment d'ouverture de la part de l'équipe du 10<sup>e</sup> étage</li> <li>▪ (+) Apprennent à se connaître mutuellement, à se faire confiance et à travailler en équipe</li> <li>▪ (+) Contacts beaucoup plus fréquents qu'auparavant</li> <li>▪ (+) Échanges constructifs où chacun a sa place et participe activement aux rencontres</li> <li>▪ (+) Meilleure collaboration, concertation</li> <li>▪ Besoin de clarifier le partage de responsabilités CHUS – CSSS lors d'une hospitalisation : facilitant lorsque face-à-face, toujours à refaire</li> </ul>
SUR LES CLIENTS	
<i>Les intervenants des CSSS et du CHUS constatent...</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (+) Meilleure continuité de services (vs « parquer » le patient à l'hôpital) : maintien du lien avec l'intervenant du CSSS pendant l'hospitalisation, arrimage de l'intervention, suivi conjoint, meilleure cohérence</li> <li>▪ (+) Travail d'équipe CHUS – CSSS → rassurant, climat de confiance, limite le clivage</li> <li>▪ (+) Répète moins souvent son histoire</li> </ul>

***BILAN : QUELLE AVANCÉE ! AMÉLIORATION NOTABLE DE LA COLLABORATION ENTRE LE CHUS ET LES CSSS AVEC DES EFFETS POSITIFS MARQUÉS DÉJÀ CONSTATÉS. TOUS SOUHAITENT L'ÉLARGISSEMENT DE CETTE PRATIQUE AUX AUTRES ÉTAGES DU CHUS.***

*PISTES DE RÉFLEXION... Que faire avec les patients qui ne sont pas connus du CSSS ?  
Comment aider les intervenants CHUS – CSSS dans le partage des responsabilités ?*

## INTENSIFICATION DE LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

### OBJECTIFS INITIAUX DE CETTE EXPÉRIMENTATION

- Augmenter les connaissances des organismes communautaires chez les intervenants
- Augmenter les connaissances des organismes communautaires sur leur CSSS de territoire
- Créer de la confiance, de la crédibilité

---

MILIEU	VISITES REÇUES
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	▪ Jevi et APPAMME
CSSS-IUGS – ÉQUIPE AMBULATOIRE	▪ Jevi et APPAMME
CSSS-IUGS – ÉQUIPE SIV	▪ Pré-retour

---

### EFFETS CONSTATÉS SUITE AUX VISITES D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DANS LES CSSS

#### **SUR LA PRATIQUE**

- Les intervenants constatent...*
- (+) Incite à référer davantage, pour des raisons différentes ou à des services différents
  - (+) Mieux outillés pour répondre aux besoins de la clientèle

#### **SUR LES LIENS ENTRE LES CSSS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

- Les intervenants constatent...*
- (+) Meilleure connaissance de la contribution des organismes communautaires
  - (+) Permet de connaître de nouveaux organismes (ex. : Pré-retour)
  - (+) Confiance accrue grâce au contact direct avec le représentant de l'organisme
  - (+) Permet de faire connaître à l'organisme les services offerts au CSSS
  - (-) Danger de contaminer la rencontre avec des situations problématiques antérieures qui ne concernent pas les personnes présentes
- 

### ÉVALUATION DU MODE DE FONCTIONNEMENT

#### **MODE DE FONCTIONNEMENT**

- (+) Intervenants apprécient prendre connaissance de la documentation avant la visite de l'organisme
- (+) Permet de bien répondre aux préoccupations et questions des intervenants
- (+) Formule intéressante lorsqu'il y a témoignage d'un utilisateur de services de l'organisme

#### **PROPOSITIONS**

- Pratiquement aucune question ou préoccupation envoyée au responsable avant la visite : est-ce nécessaire?
  - Profitable lorsqu'un survol des services offerts est effectué au début de la visite : amène des questions
- 

**BILAN : PRATIQUE À PERPÉTUER : FONCTIONNEMENT APPRÉCIÉ, EFFETS POSITIFS IMMÉDIATS  
ET VOLONTÉ DE POURSUIVRE DES MILIEUX.**

*« Merci de nous aider à nous développer en tant que professionnel. C'est précieux ! »*

## ANNEXE IV – VARIABLES D’ANALYSE DE LA COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE DE D’AMOUR ET AL.<sup>6</sup>

Échelle		6	5	4	3	2
Variables d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente	Collaboration potentielle ou latente
<b>Gouvernance</b>	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.	Instance centrale forte et active favorisant l'existence d'un consensus	Instance centrale au rôle confus, rôle politique et stratégique ambigu	Absence d'une instance centrale; quasi-absence de rôle politique	
	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.	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé	
	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.	Accès à une expertise qui favorise l'introduction de la collaboration et de l'innovation	Accès à une expertise ponctuelle et morcelée	Absence ou peu d'expertise disponible pour soutenir la collaboration et l'innovation	
	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.	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels, reliés à des dossiers spécifiques	Quasi-absence de lieux de concertation	
<b>Formalisation</b>	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.	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits	
	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.	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée	Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information	
<b>Vision</b>	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.	Finalités consensuelles et globales	Quelques finalités communes et ponctuelles	Finalités en opposition ou absence de finalités communes	
	Allégeances	Présence d'intérêts convergents qui influencent l'orientation des décisions et des actions.	Orientation des actions selon les besoins des patients / de la clientèle	Orientation des actions selon les besoins professionnels et organisationnels	Actions visant la satisfaction d'intérêts privés, présence de comportements opportunistes	
<b>Intériorisation</b>	Connaissance mutuelle	Les acteurs se connaissent personnellement et professionnellement (valeurs et compétence, cadre de référence, services offerts, approche de soins, étendue de la pratique).	Connaissance approfondie de la réalité des partenaires; la plupart des intervenants des diverses organisations se connaissent entre eux	Connaissance partielle ou fragmentaire de la réalité des partenaires; certains intervenants de diverses organisations se connaissent	Méconnaissance de la réalité des partenaires; les intervenants des diverses organisations ne se connaissent pas	
	Confiance	La confiance réduit l'incertitude liée à la compétence des autres et à leur capacité d'assumer la responsabilité de soins.	Confiance ancrée	Confiance en développement, conditionnelle	Absence de confiance	

<sup>6</sup> Ce tableau a été constitué à partir des descriptions de D'Amour et al., 2003 et 2008. La description de la variable *connaissance mutuelle* a été modifiée afin d'améliorer la fidélité de construit. La gradation de l'échelle a également été modifiée (7 degrés plutôt que 3) pour obtenir plus de précision dans la description de l'évolution de la situation.

**ANNEXE V – MESURE DE LA COLLABORATION À PARTIR DU MODÈLE DE D’AMOUR ET AL.**

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action		Collaboration en construction		Collaboration potentielle ou latente		
<b>CENTRALITE</b>	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.	Instance centrale forte et active favorisant l'existence d'un consensus		Instance centrale au rôle confus, rôle politique et stratégique ambigu		Absence d'une instance centrale, quasi-absence de rôle politique		
<b>GOUVERNANCE</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 3 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION / COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Instance centrale au rôle confus. Le CHUS veut se positionner comme instance centrale, mais plusieurs des signaux qu’il envoie semblent contredire le PASM par ailleurs reconnu comme cadre de référence à suivre par le CSSS-IUGS et les OC. Plusieurs acteurs jouent un rôle qui, de l’extérieur, paraît morcelé (Agence, Comité directeur santé mentale). La centralité est non consensuelle.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le CHUS semble avoir de la difficulté à composer avec un partenaire (CSSS-IUGS). Il a l’habitude de faire les choses par lui-même. Il considère l’Agence comme un intervenant administratif plutôt « fatigant ».</li> <li>Alors que les orientations ministérielles préconisent la prise en charge du suivi intensif par la première ligne, les instances régionales ont décidé de déployer ces mesures à partir des équipes du CHUS. « Chu pas sûr que ça va être gagnant! »</li> <li>Il y a de belles collaborations établies dans le réseau. Au commencement, certaines étaient mises en place par obligation par rapport au plan d’action. Avec le temps, les collaborations sont devenues plus sympathiques.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Peu de clarification quant à l’autorité centrale claire qui devrait guider la collaboration, quoique les acteurs sont de plus en plus convaincus de la nécessité de travailler ensemble. Plusieurs considèrent que le MSSS donne les lignes directrices à suivre (ex. : PASM). Reconnaissance accrue du pouvoir d’influence de l’Agence qui guide en partie les actions vers la collaboration.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Le ministère, c’est les lignes de conduite, les lignes directrices qu’ils font. [...] Notre guide de référence, c’est le PASM. »</li> <li>« La clinique Trouble de personnalité limite nous forme, les CSSS de l’Estrie. Ça fait des années que c’est demandé, puis c’était tout le temps... on n’a pas le temps. Il y avait tout le temps quelque chose. Mais là, l’Agence les a obligés. Ça fait que là, on a des rencontres mensuelles. »</li> <li>« Puis on commence à voir que oui, il faut travailler ensemble. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente				
<b>LEADERSHIP</b>	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.	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé				
<b>GOUVERNANCE</b>	<b>AVANT (T0) SCORE : 2 – COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b>							
	<p>Les différents établissements ne reconnaissent pas le leadership les uns des autres. Le CHUS et le CSSS trouvent que l'Agence n'aide pas en mettant l'emphase sur la réorganisation des services résidentiels. Les partenaires du réseau considèrent que le CHUS a de la difficulté à actualiser les nouvelles orientations en SM et que ce joueur ne tient pas suffisamment compte du point de vue des autres (quoique l'on dénote une amélioration depuis l'arrivée d'un nouveau gestionnaire). Le CHUS, de par sa structure imposante et son expertise clinique, a longtemps été identifié comme le joueur du réseau qui devait assurer un leadership. Aujourd'hui, ce rôle doit en principe revenir aux CSSS qui se doivent de veiller à la responsabilité populationnelle.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'Agence n'aide pas : tout le monde travaille fort au niveau de l'hébergement alors que le besoin premier est de former la 1re ligne en vue du transfert. Les questions d'hébergement devraient venir ensuite seulement.</li> <li>▪ Certains gestionnaires au CHUS ont de la difficulté à actualiser les nouvelles orientations en SM. Ceci est principalement dû au fait que les psychiatres opposent une certaine résistance.</li> <li>▪ Dans le cadre du nouveau rôle du CSSS (populationnel, coordination du RLS, pratiques probantes), il y doit y avoir un rééquilibre des forces. Avant, c'était David contre Goliath. Maintenant, c'est le petit qui doit coordonner et poser des questions.</li> </ul>							
	<b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b>							
<p>Amélioration notable de la perception que les bons joueurs (le CHUS, les CSSS, les OC) sont autour de la table pour favoriser la collaboration. La présence de nouveaux gestionnaires administratifs au CHUS est perçue comme un élément très favorable. On déplore toutefois la tendance de certains représentants du CHUS à adopter une attitude directive plutôt que consultative, ce qui est perçu comme un manque de considération. Dans ce contexte, le CSSS-IUGS peine à exercer son rôle de coordonnateur de services qui lui revient en principe.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ « Je te dirais le département de psychiatrie, majeur, qui doit exercer un leadership auprès de ses équipes pour les amener à ce changement de vie... Mais il faut que ça soit médico-administratif, c'est un modèle qu'on voit de plus en plus dans le réseau. Mais en santé mentale, c'est absolument nécessaire. »</li> <li>▪ « [...] particulièrement au CHUS, il y a eu beaucoup de mouvements au cours de la dernière année et là on a des partenaires significatifs, engagés et crédibles. »</li> <li>▪ « [...] le CHUS a encore un peu, d'abord n'a pas cette responsabilité-là, mais sa façon d'interpeller les partenaires est encore à mon avis à peaufiner [...] les partenaires souvent se sentent exclus. »</li> </ul>								

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente				
<b>SOUTIEN A L'INNOVATION</b>	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.	Accès à une expertise qui favorise l'introduction de la collaboration et de l'innovation	Accès à une expertise ponctuelle et morcelée	Absence ou peu d'expertise disponible pour soutenir la collaboration et l'innovation				
<b>GOUVERNANCE</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 2 – COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Peu d'expertise disponible pour soutenir la collaboration. Les CSSS attendent le soutien de la part du CHUS. Le CHUS déplore le manque de budget pour engager les ressources qui permettraient d'agir. Les CSSS et GMF voient positivement l'arrivée des psychiatres répondants.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les CSSS ont des attentes de formation qui doivent être offertes par le CHUS.</li> <li>Le CHUS va devoir prendre une place importante en ce qui a trait à la formation des ressources de première ligne.</li> <li>Le recours au psychiatre répondant (même par téléphone) sera très bénéfique (débuté récemment). Cela va permettre d'accroître leur efficacité. Les psychiatres ne sont pas assignés dans tous les GMF encore (3 ou 4 GMF n'ont pas encore accès à un psychiatre répondant).</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 5 – COLLABORATION EN ACTION / COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Expertise de plus en plus disponible dans les milieux par diverses formations ciblées pour soutenir le développement de l'expertise chez les équipes des CSSS et de certains OC. Plusieurs réaffirment l'importance et les effets positifs associés à la présence d'une expertise externe par le mécanisme des psychiatres et des médecins répondants. Soulignons également le rôle de soutien de la conseillère-facilitatrice du projet TOT (aide à la diffusion et à l'appropriation, soutien au changement).</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Ce qui s'est fait aussi en cours d'année, c'est la consolidation du rôle des psychiatres répondants [...]. [Le psychiatre répondant] peut donc soutenir l'équipe locale, il peut les conseiller, etc. »</li> <li>« [...] ça fait un an qu'ils nous reçoivent une fois par mois puis qu'on parle des Troubles de personnalité limite puis que c'est eux autres les experts, puis qu'ils nous forment, ben là ça fait un lieu pour qu'on puisse se parler. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration en construction	Collaboration en construction	Collaboration en construction	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente
<b>CONNECTIVITE ET CONCERTATION</b>	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.	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels, reliés à des dossiers spécifiques					Quasi-absence de lieux de concertation
<b>GOUVERNANCE</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Il existe plusieurs lieux de concertation, comités et autres. Ces lieux de concertation permettent peu à peu de tisser des liens entre les partenaires, incluant de plus en plus les OC. On y discute des grandes orientations, mais cela reste au niveau des cadres. Quasi-absence de lieux de concertation pour les gens terrain, ceux qui donnent le service. L'utilité, la pertinence et l'efficacité des rencontres restent aussi à parfaire. Certains parlent de manque de rigueur ou de réunions reportées. D'autres disent avoir des lieux pour se rencontrer, mais ne pas arriver à se comprendre entre établissements. La réalisation des projets cliniques représente pour plusieurs l'un des premiers et plus importants lieux de concertation.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs comités font preuve d'un manque de rigueur dans la tenue des réunions de certains d'entre eux. Le comité de coordination en SM a beaucoup de difficulté à se réunir. Les rencontres sont la plupart du temps reportées.</li> <li>Au niveau de l'interétablissements, on se voit, mais on ne se comprend pas. Selon le plan d'action ministériel, le guichet d'accès doit être positionné en première ligne. Il y a un comité interétablissements qui regroupe les principaux gestionnaires du CHUS et du CSSS-IUGS.</li> <li>La collaboration s'est beaucoup améliorée depuis quelques années. Surtout depuis qu'ils ont participé à l'élaboration du projet clinique.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 5 – COLLABORATION EN ACTION / COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Les lieux déjà existants d'échange sont demeurés, mais manque ressenti face à l'absence de lieux de concertation pour les gestionnaires et gens terrain pour régler des enjeux de coordination et traiter d'aspects opérationnels et non stratégiques. Nouveaux lieux de concertation : la CS et le Groupe de soutien. Les gestionnaires impliqués dans le projet ont pris l'habitude de se téléphoner, de vérifier de ne pas généraliser sur des épiphénomènes. Le Groupe de soutien du projet TOT représente pour plusieurs une occasion réelle pour traiter les problèmes qui se présentent, mais tant ce comité que la CS sont des structures temporaires qui n'incluent pas l'ensemble des partenaires du réseau.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« On pense qu'on va régler bien des choses au comité directeur, mais on n'y règle quasiment rien : ce sont des dépôts d'affaires réglés qui nous arrivent là. [...] C'est sûr qu'on se dit parfois qu'il y a la stratégie et l'opérationnel, mais un comité de suivi peut tout à fait être stratégique pour actualiser : il est beaucoup plus près de l'opérationnel, de la « concrétitude » des actions à mettre en place. »</li> <li>« [...] la communication s'est améliorée. [...] quand il y a un problème et que ça monte jusqu'à nous, on s'appelle puis ça se règle, puis on travaille en collaboration. »</li> <li>« Moi, en tout cas, je le sens là parce que justement, avant, on n'avait pas de discussion, très peu. [...] Je pense que, dans les gens qui étaient là, ce qui rassemblait les gens, c'était qu'il y avait une volonté des membres de la CS de faire avancer les choses. Il y avait de l'ouverture d'esprit. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente				
<b>EXISTENCE D'ENTENTES FORMELLES</b>	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.	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits				
<b>FORMALISATION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 3 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION / COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Les ententes sont imposées par le MSSS et l'Agence via le Plan d'action en santé mentale. Si les budgets vont à un endroit plutôt qu'un autre, les organisations n'ont pas le choix de s'ajuster et elles doivent donc s'entendre. Certains dossiers font l'objet de conflit (transfert clientèle ambulatoire). D'autres semblent en voie de se régler (transfert hébergement). Peu d'initiative des différents milieux pour imaginer et actualiser leurs propres ententes.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ils ont été un an sans transférer de patients. On a recommencé le transfert de clientèle depuis août (environ 30 transférés en SIV depuis ce temps). Pour y parvenir, on a dû faire un document incluant des balises strictes pour identifier un patient nécessitant un SIV. À chaque transfert, un gestionnaire du CSSS-IUGS doit se présenter au CHUS pour faire la police et pour rassurer le psychiatre concerné.</li> <li>Il n'y a pas d'ententes formelles entre le CHUS et le CSSS.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Une des avancées les plus probantes au cours de la dernière année est l'élaboration du cheminement clinique. Cette première étape terminée, on travaillera les trajectoires de soins qui devraient aider à clarifier les responsabilités des différents partenaires. Beaucoup d'efforts ont porté également sur la formalisation des ententes au niveau de l'hébergement. Certaines autres ententes sont assurément en processus de construction bien qu'il soit difficile de se prononcer sur leur état d'officialisation. Une entente de collaboration générale est en construction alors qu'elle n'a pas fait l'objet d'un consensus entre tous les partenaires.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Dans le projet du continuum, parallèlement au développement du cheminement clinique, dans la phase de mise en œuvre qui est la 3<sup>e</sup> phase, il y a une entente de collaboration globale de tous les partenaires de la région qui se travaille et qui est en peaufinement. [...] Et il y a une partie de ça qui a déjà été entérinée par tous les DG de la région au point de vue du réseau des psychiatres répondants et consultants [...]. »</li> <li>« Dans le fond, ce qu'on a expérimenté, je dirais, davantage avec les partenaires communautaires, dans la dernière année, c'est une expérimentation d'achat de services. Avec différents partenaires communautaires. »</li> <li>« Il y a eu des ententes par rapport à des projets. Des projets comme, on a eu le transfert de la Résidence de la RI, Pavillon St-Gabriel, sur notre territoire. On n'a pas eu le choix de faire des ententes avec ce pavillon-là. On a le projet avec notre organisme communautaire, peut-être pour développer des logements. Donc, c'est plus en lien avec les logements, l'hébergement, en ce moment les ententes qui ont été faites. »</li> </ul>							



		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action		Collaboration en construction		Collaboration potentielle ou latente		
<b>ÉCHANGE D'INFORMATION</b>	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.	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information		Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée		Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information		
<b>FORMALISATION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 2 – COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Il n'existe pratiquement aucune infrastructure formelle permettant un partage d'information entre les partenaires. La fiche réseau n'est pas encore actualisée en SM et on se partage à l'occasion de l'information incomplète ou peu fiable.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En ce qui concerne le partage d'information, il reste du travail à faire sur le plan des outils pouvant faciliter les échanges.</li> <li>▪ Lors de transfert de patients, un OC mentionne ne pas toujours recevoir la bonne information.</li> <li>▪ Il n'y a jamais de partage au niveau du volet clinique avec le CHUS au sujet d'un patient (discussion de cas). [Outre le continuum de services pour les troubles de l'humeur].</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Peu de nouvelles infrastructures pour partager de l'information entre les partenaires. Amélioration des échanges entre les partenaires associés aux expérimentations de la CS : fiche de suivi au référent (CSSS/Jevi et médecins), partage d'information entre les intervenants du CSSS de Sherbrooke et de Coaticook avec l'équipe du 10<sup>e</sup> étage au CHUS lors d'une hospitalisation (CHUS et CSSS) et intensification de la connaissance des OC auprès des intervenants des CSSS (CSSS et OC). Cependant, à ce jour, ces expérimentations n'ont pas été élargies à l'ensemble du réseau estrien. Toujours en attente de la fiche réseau.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ « [...] je pense vraiment que c'est l'absence de lieux communs qui faisait qu'on travaillait en silos, chacun on faisait notre affaire, là j'ai vraiment l'impression qu'il y a des points de rencontre (à travers la CS et ses expérimentations). Puis ça, ça aide, ces points de rencontre-là, donc la fiche puis le fait de connaître les gens, ça fait un point de rencontre. Il y a une relation qui existe, donc il y a un pont qui existe entre nous et les autres milieux. »</li> <li>▪ « On reçoit des feuilles de retour d'information, qui l'a, qui le voit, puis qu'est-ce qu'ils vont faire avec. C'est sûr qu'il y a des petites choses qui manquent, mais ça, on n'avait pas ça avant. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action		Collaboration en construction		Collaboration potentielle ou latente		
<b>FINALITES</b>	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.	Finalités consensuelles et globales		Quelques finalités communes et ponctuelles		Finalités en opposition ou absence de finalités communes		
<b>VISION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 2 – COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Semble y avoir une volonté partagée d'améliorer les services pour les personnes atteintes, mais les cadres de référence ne sont pas partagés. Absence de représentation commune de la notion de rétablissement.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le fait que le dossier SM est fortement médicalisé constitue une des principales problématiques. Il y a des tensions entre les aspects médicaux et le reste des composantes psychosociales liées au rétablissement du patient. C'est un choc de cultures.</li> <li>En SM, contrairement à d'autres domaines, les gens ont des cadres conceptuels très forts. Les gens n'adhèrent pas tous aux mêmes cadres conceptuels. Par exemple, les notions de potentiel de la personne, de choix, de rétablissement sont très importantes et les gens ne se situent pas tous au même niveau en regard de ces concepts.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 3 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION / COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Avancées au plan du rapprochement des visions, favorisées principalement par la présence des psychiatres et médecins répondants, par les travaux sur le cheminement clinique, par le travail de collaboration entourant l'hébergement et par le projet TOT. Il demeure toutefois un clivage important, mais moins fort, entre la vision hospitalière – 2<sup>e</sup> ligne (« stabiliser le patient ») vs la vision communautaire – 1<sup>re</sup> ligne et OC (« rétablir le patient »). Vision médicale encore fragmentée de par les pratiques individuelles des médecins et psychiatres.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Je pense que ça évolue parce que, entre autres ce qui aide beaucoup je trouve, dans les dernières années ou la dernière année, le fait qu'il y a des psychiatres répondants dans les CSSS, ça, ça aide énormément [...] »</li> <li>« [...] quand on regarde du côté médical, que ce soit les médecins de famille ou les gens du département de psychiatrie, on est beaucoup dans la stabilisation, on est beaucoup dans le soulagement de la souffrance, certains diraient dans le contrôle. Alors que lorsqu'on regarde du côté des CSSS ou du milieu communautaire ou des familles, on est beaucoup plus dans l'émancipation de la communauté, beaucoup plus dans le fait de redevenir citoyen, d'être comme tout le monde. Rétablissement, oui. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action			Collaboration en construction		Collaboration potentielle ou latente	
<b>ALLEGANCES</b>	Présence d'intérêts convergents qui influencent l'orientation des décisions et des actions.	Orientation des actions selon les besoins des patients / de la clientèle			Orientation des actions selon les besoins professionnels et organisationnels		Actions visant la satisfaction d'intérêts privés, présence de comportements opportunistes	
<b>VISION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Écart entre les valeurs professées et les actions privilégiées. Opposition de visions entre les cadres de référence entraînant la présence de comportements corporatifs et de clivages professionnels.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il y aura un enjeu propre aux psychiatres qui ne veulent pas laisser aller leur clientèle, avec laquelle ils ont souvent développé une relation étroite au fil des ans. Un transfert vers la première ligne peut se traduire pour eux par une diminution de revenus et un alourdissement de la clientèle... Il y a aussi un problème de confiance des psychiatres envers la capacité de la première ligne à prendre en charge leur clientèle.</li> <li>C'est un mythe de croire que les psychiatres veulent conserver leur clientèle! Les psychiatres ont de la difficulté à transférer un patient puisqu'ils ont enfin réussi à le stabiliser et ils ne veulent pas que le patient rechute avec le transfert.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Pas de changement significatif au cours de la dernière année : concrètement, encore beaucoup de chemin à faire. Plusieurs notent un rapprochement des visions, mais un écart lorsqu'il s'agit de passer à l'action. On remarque toujours la présence de chasse gardée du côté des psychiatres et des médecins de famille et on constate que les professionnels des CSSS peuvent avoir aussi tendance à orienter leurs interventions pour satisfaire leurs besoins professionnels.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Il y a une vision commune, mais pas une application. [...] On s'entend, mais on a du chemin à faire dans l'application et dans nos façons de faire, et le continuum de soins et services est là pour ça. [...] En gardant toujours en tête qu'on a un patient au cœur de tout ça. »</li> <li>« C'est beau de toujours dire le patient est au centre de tout. [...] oui, c'est vrai, il faut se centrer sur le patient, mais il faut que les gens, ils trouvent chacun un petit peu leur compte là-dedans. [...] C'est comme si tout le monde, au niveau du discours, [...] on est pour la vertu. Mais là après ça, il faut être vertueux. C'est là où le bât blesse. »</li> <li>« [Les psychiatres] sont encore frileux. Mais il ne faut pas oublier qu'eux ont toujours fonctionné aussi d'une façon. Comme des bureaux privés, comme si c'était leur patient non pas les patients du CHUS qui viennent puis qu'eux sont payés pour donner des services. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action		Collaboration en construction		Collaboration potentielle ou latente		
<b>CONNAISSANCE MUTUELLE</b>	Les acteurs se connaissent personnellement et professionnellement (valeurs et compétence, cadre de référence, services offerts, approche de soins, étendue de la pratique).	Connaissance approfondie de la réalité des partenaires; la plupart des intervenants des diverses organisations se connaissent entre eux		Connaissance partielle / fragmentaire de la réalité des partenaires; certains intervenants de diverses organisations se connaissent		Méconnaissance de la réalité des partenaires; les intervenants des diverses organisations ne se connaissent pas		
<b>INTÉRIORISATION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 3 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION / COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>La connaissance entre CSSS – CHUS – OC est très embryonnaire. Bien qu'il ait divers lieux de rencontres, les gens du réseau connaissent très peu les services offerts par les partenaires, la réalité des autres, les approches favorisées par leurs partenaires, leurs valeurs, leurs cadres de référence, etc. Avec le roulement de personnels et les équipes d'intervenants nouvellement formées au CSSS-IUGS, les intervenants des CSSS et ceux du CHUS se connaissent très peu. Certains projets en cours dont la transformation de l'hébergement permettent tranquillement d'améliorer la connaissance mutuelle des partenaires. À Coaticook, la connaissance entre les intervenants du CSSS et les médecins de famille est toutefois développée, beaucoup plus qu'à Sherbrooke.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La réalité du CSSS-IUGS est très peu connue par l'équipe du CHUS. Par exemple, à leur connaissance, depuis 10 ans, un seul psychiatre du CHUS s'est présenté au CSSS pour participer à une discussion de cas (une seule occasion).</li> <li>Le modèle médical choisi à Sherbrooke est que le médecin de famille n'est pas rattaché à la 1<sup>re</sup> ligne. Il œuvre au sein des 6 GMF ou des autres cliniques non rattachées aux GMF. Les médecins de famille ne connaissent pas les gens de la 1<sup>re</sup> ligne...</li> <li>À Coaticook, ils ont une réalité particulière. Le territoire n'a qu'un seul CMDP. Il est constitué d'une douzaine de médecins. Ces médecins font de l'urgence, de la gériatrie, de la clinique et du GMF. Donc, ils connaissent bien les services et les équipes.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 5 – COLLABORATION EN ACTION / COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Amélioration significative de la connaissance entre les CSSS, le CHUS et les OC, résultante de l'accroissement des lieux d'échanges (formation ciblée, CS et ses expérimentations). Accroissement marqué de la connaissance auprès des membres de la CS et de leurs équipes respectives, mais à des degrés divers selon le rôle d'agent multiplicateur joué par chacun d'eux. CS : lieu privilégié qui donne aux membres une lecture plus concrète et une meilleure compréhension de la réalité des autres (enjeux, contraintes, changements). Cette meilleure connaissance mutuelle permet de défaire d'anciennes perceptions (ex. : ils ne collaborent pas par manque de volonté), d'être moins porté à juger et à faire des reproches aux autres. Impacts positifs ressentis : moins de mauvaises références ou de demandes inappropriées, plus de références aux OC. Par contre, connaissance à parfaire des autres CSSS et OC non représentés à travers la CS et travail à faire pour que les intervenants terrain se connaissent davantage.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« [...] en rapport avec le CHUS, c'est certain que c'est une fenêtre de compréhension plus que jamais j'ai eue, parce que j'avais affaire plus avec des gens qui étaient plus proches du terrain, puis plus avec une transparence justement, d'être plus authentique de ce qui se passe. »</li> <li>« [...] la reconnaissance, on va dire l'amabilité quand tu arrives [au CHUS], puis la connaissance qui commence, donc on a moins de demandes inappropriées. »</li> </ul>							

		7	6	5	4	3	2	1
Variable d'analyse	Description	Collaboration en action	Collaboration en construction	Collaboration potentielle ou latente				
<b>CONFIANCE</b>	La confiance réduit l'incertitude liée à la compétence des autres et à leur capacité d'assumer la responsabilité des soins.	Confiance ancrée	Confiance en développement, conditionnelle	Absence de confiance				
<b>INTÉRIORISATION</b>	<p><b>AVANT (T0) SCORE : 2 – COLLABORATION POTENTIELLE OU LATENTE</b></p> <p>Il y a absence de confiance notable entre les intervenants tant sur la compétence, la capacité, la volonté. L'historique est peu propice à l'établissement de relations de confiance. Beaucoup d'incidents conflictuels. Beaucoup d'engagements non respectés.</p> <p><b>PROPOS TYPIQUES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il y a une crise de confiance entre le CHUS et les CSSS, il faut y aller doucement et par étape. Il faut dire qu'à Sherbrooke la clientèle a parfois été « promeneée d'un côté de l'autre » alors que ce n'est pratiquement pas le cas dans les petites équipes des CSSS périphériques.</li> <li>Du côté du CSSS, nous n'avons pas l'habitude de faire confiance au référent... c'est culturel. Au guichet par exemple, plutôt que de contacter le référent pour valider une demande, on préfère faire venir le patient pour réévaluer (et souvent confirmer) les besoins. On travaille là-dessus!</li> <li>Dans le passé, il y a eu des expériences qui ont créé de la réticence de la part du CHUS.</li> <li>Les psychiatres n'ont pas suffisamment confiance aux ressources externes de première ligne, incluant les médecins omnipraticiens, pour leur confier le suivi de leurs patients.</li> </ul>							
	<p><b>APRÈS (T1) SCORE : 4 – COLLABORATION EN CONSTRUCTION</b></p> <p>Perception partagée que la confiance entre le CHUS, les CSSS et les OC commence à se créer, ce qui est ressenti à différents niveaux hiérarchiques. Ce phénomène serait une conséquence directe de l'accroissement des occasions d'échanger et d'une plus grande connaissance mutuelle. Grande confiance développée entre les membres de la CS qui sont des joueurs clés en SM dans la région. Les professionnels sur le terrain qui ont expérimenté les initiatives issues de la CS constatent une différence significative au niveau de la confiance qu'on leur accorde et disent se sentir davantage considérés. Impacts positifs ressentis à ce jour : plus de respect, de reconnaissance et d'appréciation face au travail des partenaires, plus de références, augmentation de la crédibilité et de la reconnaissance des OC qui sont considérés comme des partenaires à parts égales.</p> <p><b>EXEMPLES DE CITATIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Oui. C'est sûr qu'il reste du chemin à faire. Je pense qu'il y a une confiance - bon, si on prend les gens qui sont sur le projet TOT. Je pense que définitivement on a échangé puis j'ai le sentiment qu'on est à peu près au même endroit. »</li> <li>« [...] j'ai vraiment senti qu'on était un partenaire à parts égales [les organismes communautaires]. [...] c'est comme si c'était venu le réaffirmer ou le démontrer qu'il y avait vraiment une belle reconnaissance du milieu. »</li> <li>« J'ai énormément de respect pour ce qu'ils font comme travail. Puis je n'aurais aucune inquiétude à référer mes patients là. »</li> <li>« On a appris à pouvoir se dire les choses et à être capable de se les dire. Et ça, j'ai trouvé que c'était un plus. »</li> </ul>							