

INTÉGRATION DES INTERVENTIONS EN ITSS

RAPPORT D'ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES

Service de courtage et de transfert
des connaissances et des pratiques de pointe
du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sous la direction scientifique
de Nassera Touati de l'École nationale d'administration publique
et de Madeleine Audet de l'Université de Sherbrooke

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

 École nationale
d'administration publique



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a mandaté et soutenu financièrement le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) pour évaluer les projets pilotes réalisés dans le cadre du projet d'*Intégration des interventions en ITSS*.

Merci au MSSS d'avoir soutenu financièrement l'évaluation des projets pilotes. Merci également à tous ceux et celles qui ont participé à la collecte de données. Votre disponibilité et votre collaboration ont contribué grandement à la richesse de cette évaluation.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- **Nassera Touati**, professeure-chercheure, École nationale d'administration publique (ÉNAP)
- **Madeleine Audet**, professeure-chercheure, faculté d'administration, Université de Sherbrooke

RÉDACTION

- **Stéphanie Marengo**, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, Direction administrative de la recherche (DAR), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Sébastien Jacques**, interne au doctorat en psychologie organisationnelle, Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Pier B. Lortie**, APPR, Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Michelle Morin**, APPR, Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COORDINATION

- **Julie Lane**, Chef du service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COLLABORATION À LA COLLECTE DE DONNÉES

- **Lara Maillet**, chercheure postdoctorale, ÉNAP
- **Régis Hakin**, assistant de recherche, ÉNAP

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGES

- **Sylviane Fumas**, technicienne en administration, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Vanessa Guay**, stagiaire en technique de bureautique, DAR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COMITÉ DE RELECTEURS (en ordre alphabétique)

- **Richard Cloutier**, agent de recherche et de planification socioéconomique, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de santé publique, MSSS
- **Lise Guérard**, chef de service, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, MSSS
- **Monique Imbleau**, coordonnatrice, conseillère scientifique, Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

CITATION SUGGÉRÉE

Touati, N. et al. (2016). *Intégration des interventions en ITSS : Rapport d'évaluation des projets pilotes*, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, École nationale d'administration publique et Université de Sherbrooke, 49 p.

ÉDITION

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN : 978-2-924330-79-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciale, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2016

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Comment mieux intégrer les interventions dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sur un territoire local de santé et de services sociaux en misant sur la collaboration? Tel est le défi relevé par trois territoires du Québec avec le soutien du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) dans le cadre du projet d'*Intégration des interventions en ITSS*. La présente évaluation porte un regard sur les projets pilotes réalisés en 2013-2014. L'équipe du projet, mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a accompagné trois territoires de Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et leurs partenaires afin de renforcer la gamme des interventions dans le domaine des ITSS. Pour ce faire, l'approche de changement mise de l'avant s'inspire de la communauté stratégique (Roy et coll., 2012). Comme proposée par cette approche, une structure temporaire de collaboration interétablissements a été mise en place. Des intervenants provenant du terrain, avec le soutien des directions concernées, ont eu l'opportunité d'identifier et de mettre en place des actions pour mieux répondre aux besoins des personnes visées par les services.

La présente évaluation s'intéresse tant au processus de changement qu'aux retombées des projets pilotes, dans une perspective d'en retirer des apprentissages en vue du déploiement dans d'autres régions du Québec. Au total, ce sont 111 entrevues, 3 journaux de bord et 1 sondage en ligne qui ont été analysés.

Sur la base des perceptions des participants aux projets pilotes, cette démarche a permis concrètement de faire un pas de plus vers une meilleure intégration des services, en termes d'accessibilité, de continuité et de globalité (Lévesque et coll., 2011). Cela étant, l'amélioration de la prise en charge médicale demeure un défi de taille dans certains territoires. L'expérience des trois milieux montre que le contexte de collaboration a également permis de passer à l'action et de déployer des services qui auraient dû normalement être en place, mais que divers enjeux ralentissaient. La démarche a finalement permis d'identifier et de retenir des actions novatrices.

Les participants des projets pilotes s'entendent pour dire que la démarche vécue se distingue des façons de faire habituelles du réseau de la santé et des services sociaux; ce sont les conditions mises en place qui ont largement contribué aux retombées. En effet, le fait de mobiliser une diversité d'acteurs autour d'une problématique en impliquant les intervenants du terrain pour passer à l'action, avec le soutien des directions et d'un conseiller-facilitateur qui accompagne la démarche, a donné des retombées concrètes. L'amalgame des principes de l'approche de la communauté stratégique, de sa structure et de l'accompagnement offert s'avère novateur. Le déploiement d'une telle approche pose toutefois son lot de défis.

Les résultats ont mis en lumière certaines conditions essentielles à la mise en œuvre de cette approche :

- Obtenir l'engagement des directions des partenaires concernés;
- Impliquer les acteurs concernés par la problématique dans la réalisation du portrait, ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des interventions;
- Développer une vision commune de la problématique et du portrait sur le territoire ainsi que des besoins des personnes touchées par celle-ci;
- Être accompagné par une personne qui coordonne le déroulement de la démarche et assure la liaison entre les acteurs de façon à mettre en œuvre rapidement des changements concrets;
- Tenir compte du contexte, des ressources et de la réalité du territoire pour adapter certains aspects de la démarche (structure, durée, intensité).

En somme, l'évaluation montre que l'approche de la communauté stratégique serait certainement pertinente pour d'autres régions qui souhaiteraient s'attaquer à des enjeux où une diversité d'acteurs gagne à mettre ensemble leurs énergies pour mieux intégrer les services. Ces projets ont démontré les gains tangibles qui peuvent être obtenus par la collaboration des partenaires concernés par une même problématique, comme les ITSS. Toutefois, la capacité des milieux à réunir les conditions essentielles au déploiement de cette approche constitue un défi qui s'avère d'autant plus grand dans le contexte actuel de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Or, malgré cette réorganisation, le réseau doit poursuivre ses efforts pour mieux intégrer les interventions dans le domaine des ITSS, ce qui passe incontestablement par le « faire ensemble ».

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
A. MISE EN CONTEXTE.....	3
Quelques enjeux spécifiques à la problématique des ITSS	3
Accompagner des territoires dans la mise en œuvre d'innovations	4
Déroulement des projets pilotes	5
B. MÉTHODOLOGIE	7
Objectifs poursuivis par l'évaluation	7
Cadre d'analyse	7
Collectes de données	9
Méthode d'analyse et limites de l'évaluation	11
Validité interjuges	12
C. RÉSULTATS ET ANALYSE.....	15
1. STRUCTURE ET GOUVERNANCE DES PROJETS PILOTES	19
1.1 Structure mise en place	19
1.2 Approche de la communauté stratégique	23
2. PROCESSUS.....	26
2.1 Activités réalisées pour développer une vision commune et une dynamique favorable à la collaboration au sein des groupes d'action	26
2.2 Conditions pour faciliter la collaboration	29
2.3 Facteurs ayant influencé le déroulement de la démarche et l'implantation des actions retenues...	31
2.4 Stratégies de pérennisation des actions réalisées	36
3. RETOMBÉES DÉCOULANT DES PROJETS PILOTES.....	38
3.1 Amélioration de la collaboration	38
3.2 Retombées positives sur l'intégration des services	39
3.3 Caractère novateur des actions retenues	42
D. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	45
RÉFÉRENCES.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Déroulement des projets pilotes	5
Tableau 2 – Cadre d’analyse.....	9
Tableau 3 – Sommaire des entrevues réalisées entre janvier et avril 2012.....	10
Tableau 4 – Sommaire des entrevues réalisées à la fin des projets pilotes	10
Tableau 5 – Sommaire des entrevues réalisées six mois après la fin des projets pilotes.....	11
Tableau 6 – Sommaire des données analysées	11
Tableau 7 – Résultats de l’accord interjuges.....	13
Tableau 8 – Aperçu du projet sur le territoire A	16
Tableau 9 – Aperçu du projet sur le territoire B.....	17
Tableau 10 – Aperçu du projet sur le territoire C.....	18
Tableau 11 – Structure des projets pilotes.....	19
Tableau 12 – Composition des groupes d’action et de gestion au début des projets pilotes	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Modèle de Bryson et coll. (2006) : Framework for Understanding Cross-Sector Collaborations.....	8
--	---

INTRODUCTION

Le projet d'*Intégration des interventions en ITSS*

Pour faire face à *L'épidémie silencieuse* en cours (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010), pour mieux maîtriser la complexité accrue des besoins en matière de lutte contre les ITSS, pour créer une meilleure synergie entre les partenaires et pour soutenir les changements de pratiques en cours dans le réseau, on se doit d'innover pour trouver de meilleures façons de faire. Recourir à des expérimentations en contexte pour effectuer des apprentissages et améliorer les pratiques s'avère une avenue tout indiquée.

C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé au Centre de santé et de service sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSH-IUGS)¹ (dorénavant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS) le mandat de réaliser le projet *Intégration des interventions en ITSS*. L'objectif général du projet est de renforcer l'intégration des interventions dans le domaine des ITSS dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que chez leurs partenaires. Ce projet se décline en quatre phases :

- Phase 1 (2011-...) – Bilan des connaissances et des pratiques novatrices
- Phase 2 (2012) – Bilan des pratiques actuelles sur le terrain et une étude des besoins
- Phase 3 (2013-2014) – Projets pilotes dans trois territoires
- Phase 4 (2015-...) – Déploiement dans d'autres régions du Québec

Dans le cadre de la phase 3, le CSSH-IUGS a accompagné trois CSSS et leurs partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de leurs projets pilotes. Ce document rend compte de l'évaluation de ces projets pilotes réalisés afin de tirer des apprentissages en vue du déploiement dans d'autres régions du Québec. Il comprend quatre parties : la première présente le contexte dans lequel l'évaluation a été réalisée, la deuxième explique la méthodologie utilisée, la troisième expose les résultats de l'évaluation, et la quatrième partie présente des recommandations au regard des résultats obtenus.

¹ Au moment de l'évaluation, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de centres de santé et de services sociaux qui sont devenus par la suite des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

A. MISE EN CONTEXTE

Quelques enjeux spécifiques à la problématique des ITSS

Pour bien comprendre les résultats et l'analyse présentée dans le présent rapport, il s'avère nécessaire de comprendre les enjeux en matière de lutte contre les ITSS. L'identification de ces enjeux est basée sur le bilan des pratiques et des besoins réalisé en 2012 (Boyer et coll., 2014), lors de la phase 2 du projet. Les principaux enjeux qui concernent le système de santé dans son ensemble sont les suivants :

- Une concurrence entre les services préventifs et les services curatifs;
- L'omniprésence du travail en silo : il y a peu de mandats clairement formalisés et portés conjointement par des équipes évoluant dans différentes directions et organisations. L'implantation du travail en réseaux locaux de services (RLS) demeure à parfaire;
- Les gestionnaires se heurtent à de nombreux défis en ce qui a trait à l'organisation des services : lourdeur bureaucratique, pénurie de main-d'œuvre, problèmes logistiques, etc.;
- Des services mal adaptés aux populations vulnérables : outils peu adaptés aux personnes ayant une faible littératie, manque de flexibilité des horaires, attitudes de certains intervenants (homophobie, jugements, peurs), etc.

Ce portrait a aussi identifié des enjeux spécifiques aux services en ITSS :

- En prévention, le manque d'information des jeunes quant aux ITSS et à leurs conséquences ainsi que la confusion des rôles dans l'offre d'éducation à la sexualité en milieu scolaire sont au cœur des préoccupations;
- L'accessibilité aux services de dépistage des ITSS au bon moment est jugée cruciale. Il n'est pas rare que l'infirmière des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) doive remplacer du personnel absent à l'urgence et aux services courants;
- Le travail de proximité ne fait pas consensus et, de l'aveu de quelques gestionnaires, ces intervenants manquent de soutien clinique;
- La détection de cas d'ITSS symptomatiques est un enjeu majeur. Les personnes symptomatiques se heurtent à plusieurs incohérences du système : manque de médecins de famille, limites de la couverture géographique des services, etc.²;
- Les collaborations au sein du CSSS sont limitées et fragiles. Plusieurs zones grises existent autour des cas multiproblématiques (exemple : personne itinérante avec un problème de santé mentale). Les intervenants psychosociaux sont peu sensibilisés et peu outillés;
- Les collaborations avec les médecins sont très variables d'un territoire à l'autre et au sein de chaque CSSS-RLS. Plusieurs remettent en question le fait que certains médecins refusent de faire des suivis ITSS ou de signer des ordonnances collectives;
- Les collaborations avec les organismes communautaires sont le plus souvent informelles et plusieurs questions sensibles demeurent, dont celle de la reconnaissance de leur expertise de travail;
- Il existe peu de leviers aux niveaux régional et national pour la reddition de comptes. Sans la présence d'indicateurs clairs, la reddition de comptes est impossible et le palier national dispose de peu de leviers pour influencer les pratiques en matière de lutte contre les ITSS.

² Les personnes symptomatiques sont celles qui présentent des symptômes associés aux ITSS. Seuls les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées peuvent évaluer et traiter ces personnes. Quant aux infirmières non-praticiennes spécialisées, une ordonnance collective est requise pour qu'elles puissent en faire autant. Au Québec, peu d'infirmières disposent d'une telle ordonnance collective.

Accompagner des territoires dans la mise en œuvre d'innovations

La phase 3, qui s'est déroulée de janvier 2013 à décembre 2014, visait à accompagner trois territoires de CSSS et leur réseau local de services afin de renforcer l'intégration des interventions dans le domaine des ITSS. Le choix de ces trois territoires a été effectué sur la base de critères permettant une variété de contextes en vue d'enrichir la réflexion sur la transférabilité des apprentissages auprès des autres territoires du Québec.

L'approche d'accompagnement au changement retenue s'inspire de l'approche de la « communauté stratégique » (Roy et coll., 2012). Il s'agit d'une approche conçue spécialement pour favoriser l'introduction d'innovations dans des situations pour lesquelles plusieurs organisations sont impliquées, comme c'est le cas en ITSS. En effet, un des enjeux majeurs dans ce champ d'intervention consiste à répondre aux besoins de groupes de populations variés et vulnérables, ce qui requiert une collaboration interprofessionnelle et interétablissements élevée. Les caractéristiques distinctives de cette approche sont les suivantes :

- Stratégie ascendante de changement (approche *bottom-up*);
- Implication des décideurs;
- Travail en réseau;
- Parti pris pour l'action.

Les stratégies utilisées dans cette approche consistent à :

- Développer une vision commune de la situation;
- Favoriser la prise de conscience de la complémentarité de chacun;
- S'alimenter des bonnes pratiques pour nourrir la réflexion et l'action;
- Évaluer et pérenniser les actions mises de l'avant.

Concrètement, en mai 2013, un « **groupe d'action ITSS** » a amorcé ses travaux dans chacun des trois territoires participants. Ce groupe réunit une dizaine de praticiens issus de différentes disciplines multidisciplinaires (infirmière, travailleur social, médecin, intervenant communautaire, etc.) et de gestionnaires de premier niveau provenant tant du CSSS participant que des partenaires du RLS (école secondaire, école pour adultes, organisme communautaire, carrefour jeunesse-emploi, office municipal d'habitation, etc.). Après s'être donné une vision commune de la situation, ceux-ci ont le mandat de concevoir, d'expérimenter et d'évaluer des idées nouvelles pour faire mieux et autrement dans l'intégration des interventions en ITSS.

Une structure de gestion, appelée « **groupe de gestion** », adaptée aux particularités des milieux a été mise sur pied dans chacun des territoires. Cette structure a géré les enjeux de nature politique et stratégique (ex. : allouer certaines ressources; établir des ententes avec un nouveau partenaire) en sollicitant au besoin la Direction générale du CSSS.

Compte tenu du mandat qui lui a été confié par le MSSS, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a planifié, coordonné et réalisé la démarche d'accompagnement au changement en collaboration avec les acteurs concernés dans chaque milieu. Deux conseillères-facilitatrices de cet établissement, véritables pivots de la démarche, ont soutenu chaque milieu dans la mise sur pied des groupes d'action et de gestion ainsi que dans la réalisation des changements visés.

Déroulement des projets pilotes

Le tableau qui suit présente un aperçu du déroulement des trois projets pilotes. Ces derniers se sont déroulés simultanément sur une période de deux ans. Entre janvier 2013 et décembre 2014, les conseillères-facilitatrices ont effectué une douzaine de déplacements dans chacun des territoires.

TABLEAU 1 – DÉROULEMENT DES PROJETS PILOTES

2012	• Étude des pratiques et des besoins auprès des gestionnaires, intervenants et médecins des CSSS et de leurs partenaires • Validation des résultats auprès des personnes consultées
JANVIER 2013 À AVRIL 2013	• Prédémarrage – engagement des directeurs généraux et signature d’une entente entre le CSSS participant et le CSSS-IUGS • Identification d’un directeur délégué au sein du CSSS et d’un animateur pour les rencontres du groupe d’action • Identification du champ prioritaire ainsi que des principaux acteurs concernés à solliciter • Approche des partenaires – rencontre individuelle avec chacune des directions des partenaires pressenties pour participer au projet • Identification des personnes qui participeront au groupe de gestion et au groupe d’action • Rencontre des personnes pressenties pour participer au groupe d’action
MAI 2013 À OCTOBRE 2013	• Lancement des travaux du groupe d’action en présence des membres du groupe de gestion • Développement d’une vision commune : appropriation des résultats de l’étude des pratiques et des besoins, des données épidémiologiques du territoire • Intégration des membres du groupe : connaissance mutuelle, mode de fonctionnement de chacun des partenaires • Élaboration des règles de fonctionnement par le groupe d’action • Présentation d’initiatives prometteuses pour inspirer le groupe d’action • Analyse de la problématique et priorisation des causes
NOVEMBRE 2013 À JUIN 2014	• Activités en vue de faire émerger des idées d’expérimentation • Choix des expérimentations et planification de l’action
JUILLET 2014 À DÉCEMBRE 2014	• Mise en place des actions ou mise en place des conditions requises pour les réaliser • Définition des indicateurs ou des modalités d’évaluation des actions retenues • Évaluation des actions par le groupe d’action, si applicable • Élaboration des stratégies de pérennisation

B. MÉTHODOLOGIE

Objectifs poursuivis par l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation consiste à :

- comprendre les conditions (contexte, processus, approche de changement) qui favorisent l'intégration (accès, continuité, globalité) des interventions en ITSS.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation visent à :

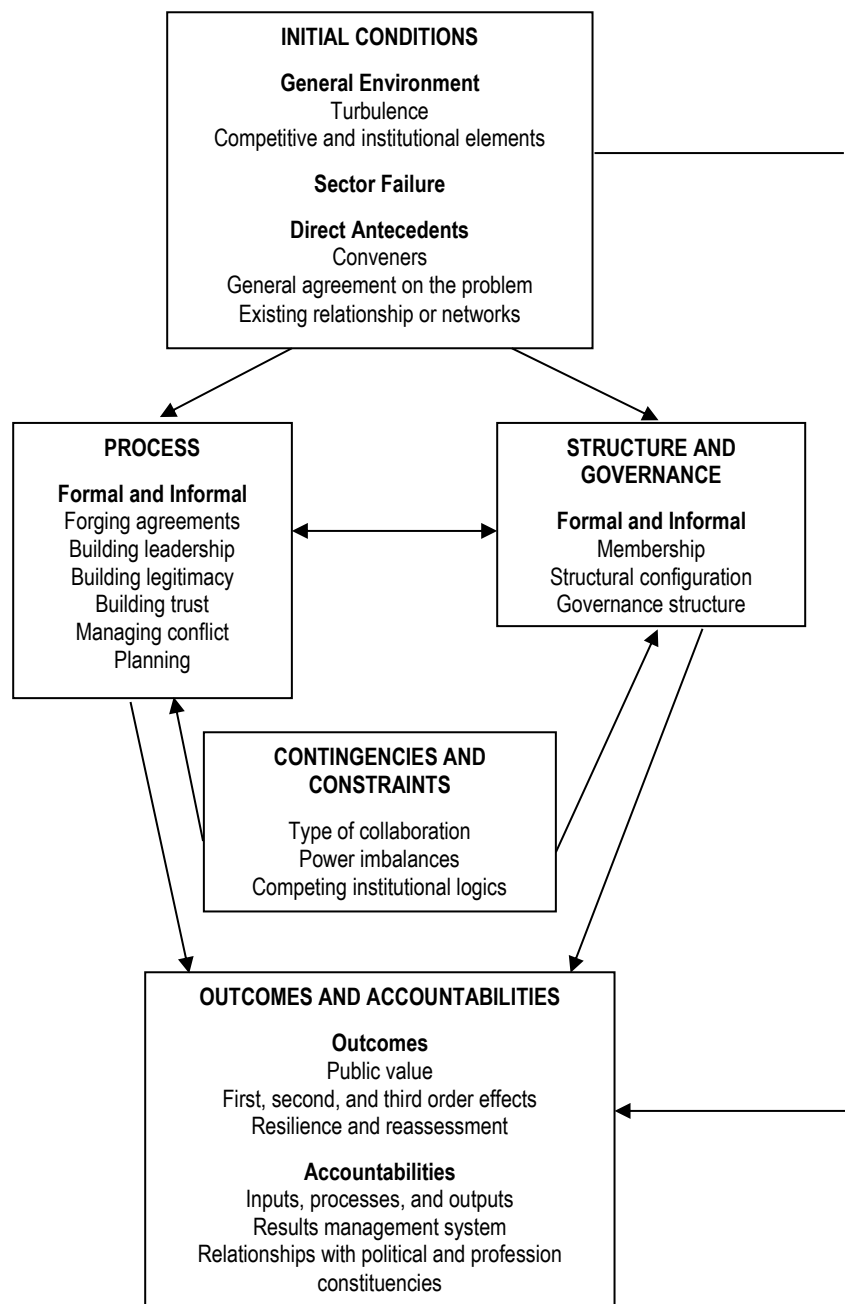
1. caractériser et analyser les **communautés stratégiques** mises en place (ex. : analyse de l'adaptation de l'approche, analyse de l'intensité de l'approche);
2. caractériser et analyser les **processus de gouvernance** mis en place dans chacun des projets (ex. développement de la vision, mise en place des moyens et des instruments, gestion des relations);
3. caractériser et analyser l'**innovation** dans chacun des projets (ex. : réponse aux besoins, adaptation au contexte, transformation des pratiques, pérennité);
4. caractériser les gains en matière d'**intégration des services** (accessibilité, continuité, globalité).

Dans le cadre de la présente évaluation, l'étude de cas est utilisée. Cette forme de recherche est appropriée pour étudier un phénomène complexe dont les frontières sont floues (Yin, 2009). Utilisée dans le contexte d'une évaluation, l'étude de cas permet de dégager une compréhension approfondie de la particularité de l'expérience menée et d'en préserver la richesse (Patton, 2002). Elle permet aussi de comprendre un phénomène dans son contexte.

Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse est inspiré du modèle de Bryson et coll., présenté à la page suivante (voir figure 1). Ce cadre ainsi que les premières étapes de codification des données ont servi à générer les thèmes et sous-thèmes pertinents à l'étude.

FIGURE 1 – MODÈLE DE BRYSON ET COLL. (2006) : FRAMEWORK FOR UNDERSTANDING CROSS-SECTOR COLLABORATIONS



Pour répondre aux objectifs spécifiques de l'évaluation, nous avons documenté les thèmes suivants :

- La structure et la gouvernance;
- Le processus;
- Les retombées.

Une description plus précise des thèmes et des sous-thèmes qui s'y rattachent est présentée au tableau suivant.

TABLEAU 2 – CADRE D'ANALYSE

THÈMES	SOUS-THÈMES
1. STRUCTURE ET GOUVERNANCE Structure de la communauté stratégique mise en place qui permet, soutient et oriente la collaboration entre les partenaires	1.1 Structure mise en place 1.2 Approche de la communauté stratégique
2. PROCESSUS Éléments et étapes du projet, construction de la collaboration	2.1 Activités réalisées pour développer une vision commune et une dynamique favorable à la collaboration au sein des groupes d'action 2.2 Conditions pour faciliter la collaboration 2.3 Facteurs ayant influencé le déroulement de la démarche et l'implantation des actions retenues 2.4 Stratégies de pérennisation des actions réalisées
3. RETOMBÉES Retombées du projet sur les services et la collaboration	3.1 Amélioration de la collaboration 3.2 Retombées positives sur l'intégration des services 3.3 Caractère novateur des actions retenues

Collectes de données

La collecte de données a été effectuée en **4 temps**. Les données amassées au temps 1 (T1) visaient à saisir le contexte préalable, à dresser un portrait des pratiques et des services offerts dans le domaine des ITSS, et de la collaboration entre les différents partenaires avant le début du projet (objectif spécifique #4). Les données collectées aux temps 2, 3 et 4 visaient à décrire et à analyser l'approche de la communauté stratégique (objectif spécifique #1), les processus de gouvernance mis en place (objectif spécifique #2), l'innovation dans les projets (objectif spécifique #3) ainsi que les gains réalisés en matière d'intégration des services (objectif spécifique #4).

Au début du projet (T1), des données ont été collectées dans le cadre de l'étude des pratiques et des besoins dont la collecte de données a été réalisée à l'hiver 2012 (Boyer et coll., 2014).

TABEAU 3 – SOMMAIRE DES ENTREVUES RÉALISÉES ENTRE JANVIER ET AVRIL 2012

TERRITOIRES	NOMBRE D'ENTREVUES	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES	CSSS	PARTENAIRES	GESTIONNAIRES	INTERVENANTS	MÉDECINS
A	18	25	19	6	7	16	2
B	26	35	22	13	11	21	3
C	16	28	18	10	7	21	0
Total	60	88	59	29	25	58	5

Au deuxième temps des **projets pilotes (T2)**, des données sur leur déroulement ont été collectées en continu par les conseillères-facilitatrices. Celles-ci remplissaient un journal de bord où elles notaient leurs observations après chacune des rencontres du groupe d'action. Ces journaux de bord documentaient le déroulement des rencontres, la dynamique de groupe, les opportunités de collaboration ou d'amélioration des services offerts, ainsi que les éléments de contexte ayant une incidence sur le déroulement du projet. De plus, les résultats d'un sondage en ligne auprès des participants aux projets pilotes réalisé en avril 2014 ont été analysés. Ce sondage visait à documenter les retombées perçues par les participants aux groupes d'action et de gestion au regard du projet ainsi qu'à porter un premier regard sur le déroulement de la démarche (freins, conditions facilitantes).

À la **fin des projets pilotes (T3)** (entre novembre 2014 et janvier 2015), des données ont été collectées lors d'entrevues de groupe et individuelles. Ce bilan permet de documenter les retombées perçues des projets pilotes et de tirer des apprentissages sur l'approche de la communauté stratégique en vue d'adapter cette approche à la phase de déploiement.

TABEAU 4 – SOMMAIRE DES ENTREVUES RÉALISÉES À LA FIN DES PROJETS PILOTES

TERRITOIRES	ENTREVUES INDIVIDUELLES		ENTREVUES DE GROUPE	
	CSSS	PARTENAIRES	GROUPE D'ACTION	GROUPE DE GESTION
A	2	3	1	0
B	12	2	1	1
C	5	1	1	0

Dans les mois suivant la fin des projets pilotes (T4), des données ont été collectées à l'occasion d'entrevues individuelles avec les principaux acteurs du projet. Pour les territoires A et C, ces entrevues se sont déroulées en juin 2015. Concernant le territoire B, les données analysées pour le T4 sont celles des entrevues réalisées entre février et juin 2015 dans le cadre d'une étude soutenue financièrement par le Groupe de Recherche ARIMA et dirigée par Nassera Touati, professeure-chercheuse à l'École nationale d'administration publique.

TABLEAU 5 – SOMMAIRE DES ENTREVUES RÉALISÉES SIX MOIS APRÈS LA FIN DES PROJETS PILOTES

TERRITOIRES	NOMBRE D'ENTREVUES	CSSS	PARTENAIRES	GESTIONNAIRES	INTERVENANTS	MÉDECINS
A	8	5	3	3	4	1
B	11	7	4	5	5	1
C	7	5	2	1	6	0

Au total, 111 entrevues, 3 journaux de bord et 1 sondage en ligne ont été analysés pour un total de 851 pages. Toutes les entrevues des temps 1, 3 et 4 ont été retranscrites en vue de l'analyse. Le tableau suivant présente une vue d'ensemble du nombre de documents analysés par temps de collecte et par territoire :

TABLEAU 6 – SOMMAIRE DES DONNÉES ANALYSÉES

TEMPS DE COLLECTE	TERRITOIRES	NOMBRE DE GROUPES DE DISCUSSION	NOMBRE D'ENTREVUES	NOMBRE DE DOCUMENTS ANALYSÉS	NOMBRE DE PAGES TOTALES
1	A		18	18	53
	B		26	26	79
	C		16	16	46
2	A-B-C (Sondage)			1	10
	A-B-C (Journaux de bord)			3	45
3	A	1	5	5	36
	B	2	14	14	215
	C	1	6	6	51
4	A		8	8	46
	B		11*	11	202
	C		7	7	68
TOTAL		4	111	115	851

* Analyse des entrevues réalisées avant le 30 juin 2015.

Méthode d'analyse et limites de l'évaluation

Le traitement des données a débuté par leur codification, à l'aide du logiciel QSR NVivo10, selon le cadre d'analyse (voir tableau 2). Nous avons utilisé des techniques d'analyse thématique, en combinant une approche inductive et déductive, inspirée par notre cadre d'analyse.

La rigueur des recherches de type qualitatif s'évalue en fonction de critères spécifiques (Makamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Les critères de crédibilité et de transférabilité se substituent aux critères usuels de validité interne et externe. Dans notre cas, plusieurs stratégies s'efforcent de renforcer la crédibilité : la cohérence entre les questions de recherche et les méthodes

employées, la triangulation des différentes sources de données, un processus itératif de collecte et d'analyse des données, une recherche d'interprétations alternatives, ainsi que l'implication de tous les membres de l'équipe dans le processus de recherche. Or, le fait que nos données n'incluent pas le point de vue d'autres parties prenantes nous amène à mettre en évidence les limites de notre étude. Ainsi, l'appréciation que les participants ont des retombées du projet, particulièrement en ce qui a trait à l'objectif 4 (caractériser les gains en matière d'intégration des services), serait plus crédible si elle était corroborée par des observateurs externes et des bénéficiaires.

Concernant la transférabilité de nos résultats, la capacité de faire du sens « ailleurs » repose essentiellement sur la prise en compte de l'influence du contexte. Une deuxième limite à l'interprétation des données réside dans le contexte particulier qui prévalait dans le réseau durant les derniers mois de l'expérience. Le changement drastique du contexte du réseau de la santé en lien avec sa restructuration nous amène à être prudents quant aux enseignements tirés de cette étude en termes de leçons pour la phase de déploiement.

Validité interjuges

Une validation interjuges a été effectuée en invitant deux professionnels de recherche à coder un même échantillon de textes afin de soumettre l'analyse à un test de reproductibilité (Landry, 1993) :

« [...] [La reproductibilité] renvoie au degré auquel les résultats demeurent invariants lorsque les règles de codification sont appliquées par des personnes différentes. Ce test suppose que deux ou plusieurs personnes codent le même échantillon de texte. La différence dans la façon d'interpréter les règles de codification. » (p. 354)

Un taux d'accord interjuges de 84 % a été obtenu entre les deux professionnels de recherche. Les documents vérifiés ont été sélectionnés au hasard, en s'assurant toutefois qu'ils totalisent au moins 20 % du nombre de pages de tous les documents pour chacun des territoires et à chacun des temps de collecte. Le tableau 7 à la page suivante présente les taux d'accord interjuges à chacun des temps de collecte.

Le taux de vérification a été calculé en établissant le rapport entre le nombre de pages comparées entre les professionnels de recherche et le nombre total de pages codifiées. Pour effectuer le calcul du taux d'accord interjuges, un rapport a été calculé entre le nombre de lignes des documents où un accord était atteint et le nombre total de lignes de ces documents. Dès lors, chaque ligne où le code attribué par les deux professionnels de recherche était le même a été considérée comme un accord et, dans le cas contraire, un désaccord. Mentionnons qu'en cas de désaccord, les deux professionnels de recherche ont tenté de comprendre en quoi leur interprétation différait.

Lorsque le pourcentage provenant de ce rapport était inférieur à 80 %, les deux professionnels de recherche modifiaient leurs règles communes de codification pour les documents à venir et révisaient aussi les documents déjà codés pour repérer et corriger d'éventuelles erreurs similaires. En cas d'un taux supérieur ou égal à 80 %, l'accord interjuges était jugé suffisant et la codification se poursuivait.

TABLEAU 7 – RÉSULTATS DE L'ACCORD INTERJUGES

TEMPS DE COLLECTE	TERRITOIRES	TAUX DE VÉRIFICATION (%)	TAUX D'ACCORD INTERJUGES (%)	TAUX D'ACCORD INTERJUGES TOTAUX (%)
1	A	21 %	87 %	86 %
	B	22 %	84 %	
	C	22 %	88 %	
2	A-B-C (Sondage)	100 %	86 %	89 %
	A-B-C (Journaux de bord)	35 %	92 %	
3	A	25 %	80 %	80 %
	B	23 %	79 %	
	C	22 %	81 %	
4	A	52 %	80 %	81 %
	B	21 %	82 %	
	C	26 %	80 %	
				84 %

C. RÉSULTATS ET ANALYSE

Les faits saillants des données recueillies ainsi que les analyses qui en découlent sont présentés dans cette partie du rapport. Celle-ci comprend trois sections, qui correspondent aux trois thèmes issus du cadre d'analyse. La première porte sur la structure et la gouvernance mises en place dans le cadre des projets pilotes; la deuxième, sur le processus; et la troisième, sur les retombées découlant des projets pilotes.

Pour faciliter la compréhension des données recueillies, une description sommaire du thème ou du sous-thème dont il est question est présentée. Par la suite, les résultats de l'évaluation liés au thème sont exposés. Finalement, les faits saillants de ces résultats sont résumés.

Avant de commencer l'analyse, les trois cas sont présentés ci-dessous, ce qui correspond aux trois territoires où se sont déroulés les projets pilotes. Pour chacun d'eux, le contexte général en 2012, les faits saillants du diagnostic initial, les objectifs du groupe d'action, les actions réalisées dans le cadre du projet sont décrits, ainsi que des éléments de contexte survenus en cours de projet.

TABEAU 8 – APERÇU DU PROJET SUR LE TERRITOIRE A

CONTEXTE GÉNÉRAL EN 2012	• Milieu semi-rural avec une population de près de 35 000 personnes. • CSSS qui inclut un centre hospitalier. • Contexte budgétaire difficile et restructuration importante.
FAITS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC INITIAL	• Population relativement défavorisée par rapport à l'ensemble du Québec. • Proportion importante de jeunes qui ne fréquentent pas l'école. • Aucun lien entre le CSSS et les partenaires jeunesse suite à la dissolution des tables de concertation. • Aucun service en lien avec les ITSS offert aux jeunes qui fréquentent les centres d'éducation des adultes et l'école secondaire privée. • Aucun service de proximité en dehors de l'école secondaire. • Enjeu de transport pour les jeunes qui souhaitent avoir un dépistage des ITSS.
OBJECTIFS DU GROUPE D'ACTION	• Partager la responsabilité de la prévention des ITSS par une meilleure intégration de la santé sexuelle dans la pratique des intervenants psychosociaux. • Développer chez les intervenants le réflexe de promouvoir des comportements sexuels sains et sécuritaires chez les jeunes. • Faciliter l'accessibilité aux condoms sur le territoire en augmentant le nombre d'intervenants qui en distribuent et le nombre d'endroits où des condoms sont disponibles gratuitement.
ACTIONS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET	• Organisation d'une activité de sensibilisation des intervenants d'une demi-journée en septembre 2014 dans le but de favoriser la promotion des comportements sexuels sécuritaires chez les jeunes et d'augmenter l'accessibilité des condoms sur le territoire. Participation d'intervenants provenant d'une dizaine d'organisations du territoire. • Présentation à deux tables de concertation pour sensibiliser les gestionnaires d'organismes du territoire à la problématique des ITSS, leur demander leur contribution pour joindre les jeunes à ce sujet et rendre les condoms accessibles sur le territoire. • Condoms rendus accessibles dans plusieurs milieux fréquentés par les jeunes. • Diffusion des informations quant aux services offerts par le CSSS chez les partenaires (ex. : dans les agendas scolaires). • Partage de matériel faisant la promotion de comportements sains et sécuritaires (affiches et dépliants) entre les membres du groupe d'action. • Ateliers sur la sexualité offerts dans une maison des jeunes du territoire.
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE AYANT FRAGILISÉ LE PROJET EN COURS DE PROCESSUS	• Départ de la directrice déléguée en décembre 2013. • Départ de l'animatrice du groupe d'action en juillet 2014. • Départ de trois directrices du groupe de gestion avant la fin du projet. • Changements de cinq personnes au sein du groupe d'action en cours de projet. • Changement du directeur général du CSSS en cours de projet. • Difficultés financières entraînant d'importants changements organisationnels.

TABEAU 9 – APERÇU DU PROJET SUR LE TERRITOIRE B

CONTEXTE GÉNÉRAL EN 2012	• Milieu urbain avec une population d'un peu plus de 125 000 personnes, dont plus de 40 % d'immigrants. • CSSS qui inclut deux points de service (CLSC), aucun centre hospitalier. • Hôpital indépendant sur le territoire.
FAITS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC INITIAL	• Des clients référés hors territoire pour des services en ITSS à cause des délais, des tests d'ITSS non fiables qui impliquent de reprendre un rendez-vous pour le dépistage. • Accessibilité difficile à un médecin pour une personne avec des symptômes d'ITSS. • Clinique jeunesse pour les 12 à 18 ans seulement; par conséquent, difficulté d'accès à des services pour les plus de 18 ans. • Lacunes dans les trajectoires de services et les collaborations médecins-infirmières. • Services mal adaptés : porte d'entrée facile, mais étapes subséquentes longues et lourdes.
OBJECTIFS DU GROUPE D'ACTION	• Intégrer et adapter tous les services offerts par l'ensemble des partenaires. • Intégrer les partenaires dans le projet – actualisation du travail en RLS. • Organiser les services en fonction des besoins de la population. • Faire en sorte que le mandat soit porté par différentes directions du CSSS et leurs partenaires.
ACTIONS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET	• Élaboration d'un projet de clinique de santé sexuelle misant sur des interventions de proximité et sur l'intégration des services offerts par différentes équipes du CSSS (santé publique, équipe scolaire, clinique jeunesse, services courants) et par les partenaires. L'ampleur de ce projet implique de nombreuses démarches. Voici les étapes franchies en date de juin 2015 : - Formation de plusieurs infirmières pour effectuer le dépistage et initier le traitement (gonorrhée, chlamydia). - Travail conjoint de proximité entre l'infirmière de proximité et la travailleuse de rue, et coordination de leur horaire (ex. : intervention conjointe dans un organisme jeunesse, dans un motel). - Aménagement d'un local spécifique pour la clinique de santé sexuelle. - Ébauche d'une entente de partenariat pour les partenaires associés à la clinique. L'ouverture de la clinique, qui était prévue en juin, a été retardée à la suite du départ de personnes clés et de la réorganisation du réseau. • Clarification des services offerts au CSSS dans le domaine des ITSS autant pour les participants provenant du CSSS que pour les partenaires. • Local au CSSS rendu accessible à l'infirmière de Médecins du monde, un organisme humanitaire, et à la travailleuse de rue pour remettre des résultats de dépistages positifs au VIH. • Dépistages faits dorénavant par des infirmières scolaires.
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE AYANT FRAGILISÉ LE PROJET EN COURS DE PROCESSUS	• Changements de trois personnes dans le groupe d'action en cours de projet. • Divergence entre les priorités de la Direction de santé publique du territoire et celles visées par le projet de création d'une clinique de santé sexuelle.

TABLEAU 10 – APERÇU DU PROJET SUR LE TERRITOIRE C

CONTEXTE GÉNÉRAL EN 2012	• Territoire qui s'étend sur près de 150 kilomètres de littoral. • Milieu rural avec une population de près de 12 000 personnes. • CSSS qui inclut un centre hospitalier et un centre de réadaptation en dépendance. • Milieu en processus accéléré de défavorisation matérielle et sociale et de dévitalisation.
FAITS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC INITIAL	• Liste d'attente pour le dépistage des ITSS, particulièrement pour les filles. • L'infirmière des SIDEPS n'a pas le temps de faire de la prévention et du dépistage à l'extérieur des murs du CSSS. Service non disponible pendant une partie de l'été. • Aucun dépistage dans les écoles. • Service de proximité dans une seule ville. • Enjeu de transport pour les jeunes qui souhaitent avoir un dépistage.
OBJECTIFS DU GROUPE D'ACTION	• Maintenir les services et soutenir le travail de proximité dans un contexte de concurrence entre les services curatifs et préventifs (pénurie de main-d'œuvre). • Réaliser des activités de prévention concertées pour joindre les jeunes de 16 à 24 ans. • Augmenter l'accessibilité au dépistage.
ACTIONS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROJET	• Aménagement d'un local avec table d'examen au centre d'éducation des adultes pour permettre à l'infirmière de faire du dépistage. • Activités de prévention dans les écoles secondaires. • Accès au dépistage dans les écoles secondaires et dans les points de services sur le territoire. • Activités de prévention des ITSS dans les maisons de jeunes et au Carrefour jeunesse-emploi. • Organisation d'une formation de deux jours offerte par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) « Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir » pour les participants aux groupes d'action et d'autres intervenants du territoire. • Installation de nouvelles distributrices à condoms sur le territoire. • Adoption par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'ordonnance collective pour permettre à l'infirmière SIDEPS d'initier le traitement pour la gonorrhée et la chlamydia. • Présentation des bonnes pratiques en matière de prévention des ITSS aux membres du groupe d'action.
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE AYANT FRAGILISÉ LE PROJET EN COURS DE PROCESSUS	• Changement de directeur général du CSSS en cours de projet. • Changement ou désistement de trois personnes au sein du groupe d'action en cours de projet.

1. STRUCTURE ET GOUVERNANCE DES PROJETS PILOTES

Le premier thème porte sur la structure et la gouvernance mises en place dans les projets pilotes pour réaliser ces projets. On s'attarde à la structure déployée ainsi qu'à la mise en œuvre de l'approche de la communauté stratégique dans le cadre des projets pilotes.

1.1 STRUCTURE MISE EN PLACE

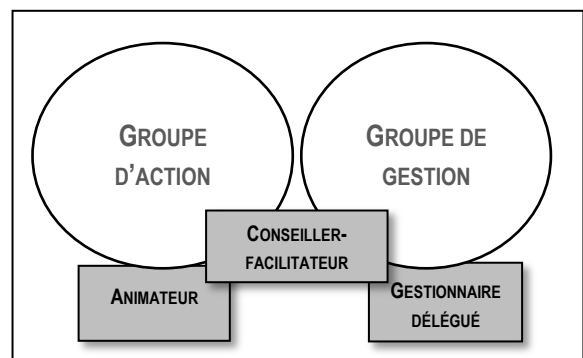
DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

Une structure temporaire a été mise en place dans chacun des territoires pilotes en s'inspirant de l'approche de la communauté stratégique.

Deux groupes de travail ont été constitués : un groupe d'action et un groupe de gestion.

- Le **groupe d'action** réunit une dizaine de personnes, praticiens et gestionnaires de premier niveau, provenant du CSSS et des partenaires du territoire. Son mandat consiste essentiellement à concevoir, à mettre en place et à évaluer les idées retenues.
- Le **groupe de gestion** est composé des décideurs des organisations concernées par les travaux du groupe d'action. Son mandat est de conseiller et de soutenir le groupe d'action. Il entérine les actions qui seront déployées et en facilite leur mise en œuvre.

TABLEAU 11 – STRUCTURE DES PROJETS PILOTES



Trois accompagnateurs ont soutenu la démarche pour en assurer le bon déroulement :

- Un **conseiller-facilitateur**, véritable pivot, guide la réalisation de chacune des étapes de la démarche. Il facilite la mise en œuvre des changements visés. Il prépare les rencontres des deux groupes de travail et y participe.
- Un **animateur** expérimenté prépare et anime, en collaboration avec le conseiller-facilitateur, les rencontres du groupe d'action en veillant à la progression harmonieuse et efficace des travaux.
- Un **directeur délégué** prépare et anime, en collaboration avec le conseiller-facilitateur, les rencontres du groupe de gestion. Il agit comme agent de liaison auprès des partenaires et des directeurs concernés.

Dans le cadre des projets pilotes, le conseiller-facilitateur était une personne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, extérieure à la dynamique du territoire. Quant aux personnes qui ont joué le rôle d'animateur et de directeur délégué, celles-ci avaient des fonctions différentes selon les territoires, tels que présentés ci-dessous.

Le portrait initial réalisé dans chacun des territoires a permis au CSSS concerné, de pair avec le conseiller-facilitateur, d'identifier les différentes équipes du CSSS et les partenaires du territoire à interpeller dans le cadre des projets pilotes. Les gestionnaires des organisations ayant accepté de participer au projet ont identifié les personnes qui participeraient aux groupes d'action et de gestion.

À cet effet, un aide-mémoire présentant le rôle des participants de chacun de ces groupes, une estimation de la contribution requise, ainsi que les caractéristiques recherchées (ex. : personne crédible, qui connaît bien le fonctionnement de son organisation) a été fourni aux gestionnaires. La composition initiale des groupes d'action et de gestion est décrite dans le tableau suivant :

TABLEAU 12 – COMPOSITION DES GROUPES D'ACTION ET DE GESTION AU DÉBUT DES PROJETS PILOTES

	GROUPE D'ACTION	GROUPE DE GESTION
TERRITOIRE A	• Animateur : Organisateur communautaire du CSSS • Chef de service Santé publique du CSSS • Infirmière SIDEP du CSSS • Médecin à la clinique jeunesse du CSSS • Infirmière scolaire du CSSS • Travailleur social du CSSS • Intervenant jeunesse du Carrefour Jeunesse-Emploi • Technicien en intervention délinquance d'une maison des jeunes • Directeur général d'un organisme communautaire de lutte contre le SIDA et autres ITSS • Agent de réadaptation d'une école secondaire • Technicien en éducation spécialisée du Centre de formation professionnelle • Intervenant de milieu de l'Office municipal d'habitation	• Directeur délégué : Directeur Services à la communauté du CSSS • Directeur général du Carrefour Jeunesse-Emploi • Directeur d'une maison des jeunes • Directeur général d'un organisme communautaire de lutte contre le SIDA et autres ITSS • Directeur adjoint d'une école secondaire
TERRITOIRE B	• Animateur : Adjoint à la direction, à la Direction de santé publique • Coordonnateur Santé publique et développement des communautés du CSSS • Infirmière SIDEP du CSSS • Infirmière services courants du CSSS • Infirmière scolaire du CSSS • Chargé de projet adaptation des services du CSSS • Médecin à la clinique réseau du CSSS • Directeur adjoint d'un organisme de prévention des ITSS • Travailleur de rue d'un organisme de travail de rue • Technicien en travail social d'une école pour adultes	• Directeur délégué: Directeur Famille-enfance-jeunesse et santé publique du CSSS • Chef des services courants du CSSS • Directeur d'un organisme de prévention des ITSS • Directeur d'un organisme de travail de rue
TERRITOIRE C	• Animateur : Organisateur communautaire du CSSS • Chef de l'administration de programme jeunesse et de la santé publique du CSSS • Infirmière SIDEP du CSSS • Infirmière scolaire du CSSS • Intervenant psychosocial du CSSS • Intervenant du Carrefour Jeunesse-Emploi • Deux travailleurs de milieu d'un organisme communautaire • Coordonnateur et intervenant d'une maison des jeunes • Éducateur spécialisé d'une école pour adultes et de centres professionnels • Intervenant d'une école secondaire	• Directeur délégué: Directeur des services spécialisés de réadaptation en dépendance, des programmes sociaux, communautaires et santé mentale du CSSS • Directeur du Carrefour Jeunesse-Emploi • Directeur d'un organisme communautaire • Coordonnateur et intervenant d'une maison des jeunes • Directeur du centre de formation professionnelle • Directeur d'une école secondaire

En moyenne, dans chacun des territoires, les groupes d'action se sont rencontrés une douzaine de fois. En ce qui a trait aux groupes de gestion, ceux du territoire A et C se sont rencontrés à deux reprises et celui du territoire B, à 6 reprises. Les groupes de gestion se rencontraient seulement au besoin, lorsque des enjeux étaient soulevés ou que des décisions devaient être prises.

RÉSULTATS LIÉS À LA STRUCTURE

Les faits saillants des données portant sur la structure sont regroupés en fonction des principaux éléments qui la composent : *Conseiller-facilitateur, Groupe d'action, animateur du groupe d'action, Groupe de gestion* ainsi que *Directeur délégué*.

Conseiller-facilitateur

Les participants ont utilisé de nombreux qualificatifs pour décrire les compétences du conseiller-facilitateur. Son approche d'accompagnement est ressortie le plus souvent, suivie de sa disponibilité et de son sens de l'organisation. Ils ont aussi parlé d'entregent, de capacité d'écoute, d'observation, de synthèse, de flexibilité et de présence active. Ils l'ont décrit comme étant la personne qui permet de garder le cap, car elle connaît bien l'approche de la communauté stratégique, sans être une experte dans le domaine des ITSS. Outre son travail de collaboration avec l'animateur du groupe d'action, les participants ont aussi souligné que le conseiller-facilitateur assistait aux rencontres du groupe d'action et du groupe de gestion, faisant ainsi le lien entre les deux groupes (circulation de l'information, suivis, etc.).

« C'est sûr que, pour moi, dans cette démarche-là, la personne qui était au cœur de ça, c'était elle [la conseillère-facilitatrice]. » – membre d'un groupe d'action

« C'est elle la " boss " du processus de communauté stratégique et, ça, c'était très clair. » – membre d'un groupe d'action

« C'est elle [la conseillère-facilitatrice], la guide. » – membre d'un groupe d'action

Certains participants ont apprécié la neutralité du conseiller-facilitateur. Cette neutralité était attribuée, selon eux, au fait qu'il provienne de l'extérieur du territoire. D'autres ont souligné qu'il pourrait être intéressant que ce rôle soit joué par quelqu'un du milieu qui connaîtrait déjà le territoire et les partenaires. Toutefois, une personne a soulevé qu'un conseiller-facilitateur provenant du territoire pourrait ne pas avoir la même neutralité. Par exemple, une personne du milieu institutionnel pourrait avoir tendance à favoriser les idées proposées par les gens de son milieu.

Groupe d'action

Les participants ont généralement décrit leur compréhension des rôles et tâches des membres du groupe d'action comme étant ceux qui identifiaient le problème auquel répondre et la solution à y apporter. Ils soumettaient ensuite cette proposition, via le conseiller-facilitateur, au groupe de gestion pour obtenir son appui avant de passer à l'action.

« Il y a le groupe d'action qui est vraiment le groupe qui a réfléchi aux solutions, qui a vraiment porté tout ça. C'est de là où ça émane vraiment, le projet. Par contre, ça doit avoir l'adhésion de nos gestionnaires et de nos directions. Alors, tout ce qui a émané du groupe d'action a été validé au groupe de gestion. » – membre d'un groupe d'action

La plupart des participants ont souligné qu'ils étaient satisfaits du rôle qu'ils avaient joué. Ils ont aussi mentionné que, bien qu'ils travaillaient en groupe, ils avaient aussi du travail personnel à effectuer pour atteindre les objectifs fixés par le groupe.

Animateur du groupe d'action

Les participants ont décrit l'animateur comme étant un gardien du temps et la personne qui s'occupait de certains aspects logistiques. L'animateur travaillait en collaboration avec le conseiller-facilitateur. Certains d'entre eux ont apprécié que ce soit quelqu'un qui les connaisse et qui connaisse aussi les organisations locales et leur fonctionnement. D'autre part, une personne a aussi mentionné que le fait d'avoir eu un animateur provenant de l'extérieur du CSSS a amené davantage d'objectivité dans leur démarche.

Une personne a émis un commentaire à l'effet que le rôle de l'animateur pourrait être combiné à celui du conseiller-facilitateur s'il s'avère difficile d'identifier deux personnes pour occuper ces rôles. Il apparaît toutefois que le travail en duo permet à l'un de se concentrer sur l'intervention et l'observation sans se soucier, entre autres, de la gestion du droit de parole, et de la gestion du temps. Le travail en duo permet aussi d'échanger, de partager des suggestions quant à la planification du déroulement d'une rencontre à venir, au contenu d'un document à remettre aux participants ou encore sur un outil à proposer aux intervenants.

« Mon rôle était de faire de l'animation. Donc, j'étais beaucoup en lien avec [la conseillère-facilitatrice]. Et dans ce cadre-là, j'avais des contacts assez réguliers avec elle où est-ce que là, elle mettait sur la table des propositions. Même des fois, elle n'était pas certaine de la façon dont la rencontre devait avoir lieu. Elle mettait des choses en questionnement. Elle et moi, on échangeait beaucoup. Et on arrivait dans le fond à une proposition qui mettait à l'épreuve notre créativité. Et on mettait ça à l'épreuve sur le terrain. Ça donnait des bons résultats. » – animatrice d'un groupe d'action

Groupe de gestion

Les participants ont généralement décrit leur compréhension du rôle du groupe de gestion comme étant celui qui entérinait les idées soumises par le groupe d'action, via le conseiller-facilitateur. Le groupe de gestion permettait de réaliser les actions retenues (briser les écueils, libérer les intervenants, trouver les ressources, etc.).

« Les gestionnaires, on est là pour favoriser les conditions d'exercice du projet et d'autoriser telle ou telle chose qui est nécessaire à autoriser ou qui est requis qu'on autorise. » – membre d'un groupe de gestion

Plusieurs participants ont mentionné que la présence de chefs de service au sein des groupes d'action et de directeurs dans les groupes de gestion a permis de créer des liens entre les intervenants et leurs supérieurs.

Directeur délégué

Les participants ont très peu parlé du directeur délégué. Les quelques fois où l'on en a fait mention, on décrivait son rôle comme celui qui animait le groupe de gestion, en travaillant lui aussi de concert avec le conseiller-facilitateur.

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS À LA STRUCTURE

Les données recueillies sur la structure qui a été mise en place dans le cadre des projets pilotes montrent que les participants semblent avoir généralement bien compris les rôles des deux groupes ainsi que des trois personnes qui ont accompagné la démarche dans chacun des territoires. Ces données montrent que la structure mise en place correspond bien à une adaptation de la communauté stratégique, les participants étant en mesure d'en identifier les principales caractéristiques.

Concernant le rôle du conseiller-facilitateur et de l'animateur du groupe d'action, les participants sont partagés à savoir si cette personne devrait ou non provenir du territoire. Certains ont soulevé que le fait que ce rôle soit joué par quelqu'un d'externe à la problématique des ITSS sur le territoire assure plus de neutralité. D'autres croient plutôt que le fait d'avoir quelqu'un qui vient d'une organisation impliquée dans la démarche permet de bénéficier de ses connaissances du milieu et des partenaires. Il semble alors que le choix de l'une ou l'autre de ces options aient ses avantages et ses limites. Ce sont le contexte, la dynamique du territoire et les ressources disponibles qui devraient orienter ce choix.

Par ailleurs, quelques commentaires de participants soulèvent un questionnement quant aux rôles du conseiller-facilitateur et de l'animateur du groupe d'action qui pourraient être joués par une seule et même personne. Or, la richesse que procure le travail en duo suggère que l'on devrait privilégier cette formule plutôt que de combiner ces deux rôles.

En ce qui a trait au rôle du directeur délégué, celui-ci a été peu abordé par les participants, peut-être parce qu'il joue un rôle d'appui et de soutien auprès du conseiller-facilitateur qui, lui, assure le leadership de la démarche.

1.2 APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

DESCRIPTION DE L'APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

Dans le cadre des projets pilotes, l'approche de changement qui a été adoptée s'inspire fortement de celle de la communauté stratégique. En ce sens, les projets pilotes ont mis de l'avant une stratégie ascendante de changement où les gens terrain ont pensé et expérimenté leurs idées avec le soutien des décideurs des organisations participantes. De plus, le travail en réseau était au cœur de la démarche (voir la page 4 pour plus de détails sur l'approche).

RÉSULTATS LIÉS À L'APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

Voici de quelle façon les participants ont parlé de l'approche de la communauté stratégique :

- C'est une équipe multidisciplinaire, multipartenariat, formée pour faire avancer un projet;
- Elle a un fonctionnement similaire à celui qu'on tente d'adopter en table de concertation;
- C'est une approche constructive, par étapes, avec une mise en commun : c'est une démarche de codéveloppement;
- Elle a besoin de la volonté des dirigeants pour pouvoir se réaliser;
- Elle part de la base (*bottom-up*), des besoins, ce qui est une entorse aux façons de travailler traditionnelles où l'on déploie en cascade les changements qui partent des dirigeants jusqu'au terrain.

Selon les participants, cette approche permet :

- De briser le travail en silo;
- De mobiliser des acteurs et de faciliter la prise de décision;
- D'utiliser l'expertise des acteurs tout en ne se positionnant pas comme un expert;
- D'apporter un sentiment de valorisation du travail, de sens donné au travail;
- D'augmenter la crédibilité des solutions proposées par l'approche ascendante, ce qui diminue les résistances tout en augmentant l'intérêt pour un projet donné.

« [...] on ne savait pas trop à quoi s'attendre. Et vraiment, ce n'est pas quelque chose qui a été confrontant. Je me serais peut-être attendu à ce que les intervenants nous arrivent avec des affaires irréalistes. Mais pas du tout. Il y a une conscientisation de la base aux limites de ce qui était possible de faire dans cette grosse boule-là qui est le réseau de la santé. C'était le fun ça. » – gestionnaire, membre d'un groupe de gestion

Les participants décrivent l'approche comme étant à l'opposé des approches traditionnellement utilisées dans le réseau de la santé et des services sociaux, où l'on préconise davantage une approche « top-down ». Certains participants ont même spécifié que c'était pour eux une nouvelle façon de travailler. Le fait que ce soit des gens du terrain qui imaginent et expérimentent leurs idées distingue les projets pilotes des autres projets déployés dans le réseau. D'autre part, certains ont souligné que la présence du groupe de gestion permet d'établir un lien rapide avec des personnes ayant un pouvoir décisionnel.

« Le "bottom-up", ça, c'est intéressant. On part des besoins, on part de la base. Parce que habituellement, ça vient toujours de la direction, des patrons et là, ça descend. Mais là, c'était le contraire. » – membre d'un groupe d'action

Pour d'autres, les étapes préalables au démarrage des rencontres des groupes d'action (ex. : rencontres initiales avec les partenaires, rencontres préparatoires avec chacune des personnes pressenties pour participer au groupe d'action), ainsi que les outils d'animation développés dans le cadre des rencontres des groupes d'action étaient novateurs. Certains participants ont également parlé de l'accompagnement offert, entre autres, par le conseiller-facilitateur pour décrire le côté novateur des projets pilotes.

« C'était vraiment l'approche, le suivi, l'encadrement que ce projet-là a permis qui est innovateur. » - membre d'un groupe d'action

« Moi, j'avais jamais participé à un tel projet. Et d'être accompagnée comme ça, moi, j'avais jamais vécu ça. » - membre d'un groupe d'action

« Ce qui était novateur, pour moi, c'était la façon d'interpeler les acteurs. » - membre d'un groupe de gestion

« Elle [la conseillère-facilitatrice], son rôle était de développer ou de tester des outils pour que les réunions [du groupe d'action] puissent avancer, puissent être fonctionnelles de façon innovante et pas ennuyante. » - animatrice d'un groupe d'action

Plusieurs participants ont souligné que la participation à un projet inspiré de l'approche de la communauté stratégique requiert un important investissement de temps. L'implication des intervenants dans un tel projet réduit à court terme le temps dédié aux interventions effectuées

auprès de la clientèle. Une personne a mentionné qu'il faut garder à l'esprit que cette démarche est entreprise afin d'obtenir des retombées à moyen et long termes.

« Qu'est-ce qu'on peut faire en amont. Ça, ça a été une démarche qui amenait vers ça. Même souvent, comme c'est moins concret "demain matin" et qu'on va voir les résultats à plus long terme, bien souvent, ça va rebuter les gens parce qu'ils ont l'impression que ce n'est pas utile ce qu'ils font. » – membre d'un groupe d'action

Quelques participants ont soulevé que le déploiement d'un projet selon l'approche de la communauté stratégique est d'une grande ampleur. Un tel investissement pour un projet leur semble pertinent pour des problématiques d'une grande complexité, comme les ITSS. En ce sens, la transférabilité de l'approche de la communauté stratégique pour agir sur d'autres problématiques est envisageable. D'ailleurs, un participant a souligné que cette approche a été mise de l'avant dans une démarche portant sur la violence conjugale.

« Oui, je te dis que c'est tout à fait transférable. Nous, on l'a fait à un degré un petit peu moindre. Parce qu'on n'a pas une chargée de projet et ce n'est pas mon seul dossier. [...] on est en train de l'appliquer à une démarche au niveau de la thématique de la violence conjugale. Pour répertorier les besoins sur le territoire, travailler avec nos partenaires et comprendre un peu déjà c'est quoi la dynamique sur le territoire. » – gestionnaire du CSSS

« On apprend à travailler avec l'équipe CLSC, avec les autres partenaires sur une problématique spécifique. Ça fait qu'on peut la transférer sur des problématiques de toxico ou autres. » – gestionnaire du milieu communautaire

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS À L'APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

L'approche de la communauté stratégique retenue dans le cadre du projet amène les acteurs à sortir de leur zone de confort habituelle. Cette approche est perçue comme novatrice dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, le fait de mobiliser plusieurs acteurs autour d'une problématique pour imaginer et mettre en place des actions concrètes tout en leur offrant le soutien requis n'est pas habituel dans le réseau. Les participants ont apprécié le fait, qu'à titre d'intervenants terrain, ils aient eu l'opportunité de proposer des stratégies concrètes pour répondre aux besoins de la population en matière d'ITSS.

Le fait que des participants aient souligné la transférabilité de cette approche pour d'autres problématiques illustre la pertinence d'utiliser une telle approche lorsque la collaboration entre plusieurs acteurs est souhaitable pour agir sur des problématiques complexes. Cependant, l'investissement de temps et de ressources requises pour piloter un tel projet suggère qu'il faut bien évaluer les gains possibles avant de s'engager dans une telle démarche.

2. PROCESSUS

Cette deuxième section porte sur le thème du processus et aborde trois sujets : les activités qui ont été réalisées pour développer une vision commune et une dynamique favorable à la collaboration au sein des groupes d'action; les stratégies utilisées pour favoriser la collaboration; ainsi que les facteurs ayant influencé le déroulement de la démarche et l'implantation des actions retenues.

2.1 ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE ET UNE DYNAMIQUE FAVORABLE À LA COLLABORATION AU SEIN DES GROUPES D'ACTION

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

Au cours des premières rencontres des groupes d'action, des activités ont été réalisées afin de créer un climat de confiance et de collaboration entre les membres du groupe. Ces activités visaient aussi à favoriser le développement d'une vision commune des attentes de chacun envers le projet, de la problématique des ITSS sur leur territoire et des besoins des personnes touchées par la problématique.

Voici une description sommaire de certaines de ces activités :

Entente de groupe

Les membres du groupe d'action ont été invités à réfléchir individuellement sur leurs attentes (participation, rôle de l'animateur, gestion des désaccords, communication, etc.) vis-à-vis les autres membres du groupe. Par la suite, une animation a permis de mettre en commun ces attentes et de s'entendre collectivement sur les règles que le groupe souhaitait se donner. Finalement, l'entente de groupe a été signée par chacun des membres du groupe d'action.

Activité de connaissance des partenaires

À chacune des rencontres des groupes d'action, un participant présentait son organisme (mission, population cible, collaborations, perspectives, etc.). Cette présentation était suivie d'un échange entre les participants et d'une période de questions. La majorité du temps, les rencontres se tenaient dans les locaux de l'organisme de la personne qui le présentait.

Portrait de la problématique des ITSS sur le territoire

Les résultats d'une étude des pratiques et des besoins réalisée en 2012 sur le territoire, ainsi que le portrait épidémiologique du territoire ont été présentés aux participants au début de la démarche. Un schéma du réseau de services et de collaboration leur a également été exposé pour échange et discussion. Les participants du groupe d'action étaient par la suite appelés à s'approprier et à analyser le portrait (cerner la problématique, identifier les causes et imaginer des actions possibles pour agir sur celles-ci), afin de développer une vision commune de la problématique des ITSS sur leur territoire. La réflexion sur le portrait a été inspirée par le diagramme de cause à effet d'Ishikawa (Ishikawa, 2007).

Création de personnages personnifiant la clientèle cible

Cette activité a mené à la création de 4 à 5 personnages types par territoire. Les membres du groupe d'action ont créé ensemble ces personnages qui avaient des caractéristiques propres aux populations vulnérables aux ITSS sur leur territoire. La référence à ces personnages tout au long de la démarche permettait d'ancrer l'engagement des groupes d'action et le choix des actions à mettre en œuvre dans les besoins des populations vulnérables. Cette activité visait, entre autres, à mettre la personne au cœur des préoccupations du groupe d'action, puisqu'il est difficile de consulter directement les populations concernées en ce qui a trait à la lutte contre les ITSS.

RÉSULTATS LIÉS AUX ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE ET UNE DYNAMIQUE FAVORABLE À LA COLLABORATION AU SEIN DES GROUPES D'ACTION

Activité pour se doter d'une entente de groupe

L'entente de groupe a permis de s'entendre sur des valeurs-clés, ainsi que sur un vocabulaire commun, au sein des groupes d'action. En plus de faciliter la cohésion entre les membres du groupe, certains participants soulignent qu'une telle entente peut être utilisée pour réguler le groupe au besoin, en rappelant les règles de fonctionnement établies.

« Ce qu'on s'est rendu compte aussi, c'est qu'on a des valeurs communes, on avait des objectifs, on voulait des résultats. Donc, on veut aussi que les gens soient dans la même énergie [...]. C'est une entente qui permet de dire "voici nos critères". » – membre d'un groupe d'action

Activité de connaissances des partenaires

Parmi les actions préalables à l'expérimentation, les participants ont apprécié les activités de connaissance des partenaires. À cet effet, de manière presque consensuelle, les membres des groupes d'action ont souligné qu'elles leur ont permis d'approfondir leur connaissance mutuelle. Plusieurs ont d'ailleurs noté que cette meilleure connaissance du contexte, des ressources et des contraintes des organisations partenaires les avait amenés à modifier leur comportement ou leurs attentes à leur égard, facilitant le travail d'équipe. Par contre, quelques participants ont mentionné que ces activités visant à parfaire leur connaissance mutuelle avaient alourdi le déroulement du projet. Il convient cependant aussi d'ajouter que ces derniers rapportaient souvent une bonne connaissance de leurs partenaires avant le début du projet, ce qui n'était pas le cas de tous les participants aux groupes d'action.

« Et la collaboration avec les partenaires, pleins de partenaires là-dedans qu'on connaissait plus ou moins, avec qui on avait plus ou moins travaillé avant. Ça nous a donné l'occasion de mieux connaître leur réalité, et de tous travailler dans un but commun. » – membre d'un groupe d'action

Activité pour développer une vision commune de la situation initiale

Certains participants ont mentionné que la présentation du portrait des réseaux de services et de collaborations leur a permis de prendre connaissance des services existants et d'identifier des trous de service sur leur territoire. En effet, tel que mentionné par une importante proportion des participants, un souci particulier a été porté tout au long du processus afin de développer au sein du groupe d'action une vision commune de la situation initiale du territoire (services offerts, clientèle ciblée, objectifs à atteindre).

De même, les participants ont souligné que l'activité de création de personnages leur a permis de bien identifier la clientèle présente sur le territoire qui devait être rejointe via l'expérimentation choisie et de valider les solutions proposées.

Appréciation globale des activités

Certains participants ont souligné l'apport des activités de démarrage au bon déroulement du projet. Par contre, plusieurs d'entre eux ont mentionné que le début du projet leur a semblé un peu long. Ils ont toutefois considéré l'expérience de plus en plus intéressante et motivante au fur et à mesure que celle-ci devenait plus concrète.

« Le bonhomme allumette [activité de création de personnages] avec les caractéristiques, ça fait deux rencontres qu'on passe là-dessus. C'est à la fin qu'on a fait comme "wow", l'importance de mettre l'accent sur cette espèce de bonhomme allumette-là qui nous demande de préciser qui est le client. On le comprend à la fin, mais au départ, on a envie d'arriver avec des idées. » – membre d'un groupe d'action

« Ça a été long avant d'aboutir [...] parce qu'on a brassé plein d'affaires. » – membre d'un groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS AUX ACTIVITÉS RÉALISÉES POUR DÉVELOPPER UNE VISION COMMUNE ET UNE DYNAMIQUE FAVORABLE À LA COLLABORATION AU SEIN DES GROUPES D'ACTION

À la lumière des données recueillies, il apparaît que les activités réalisées pour développer une vision commune et une dynamique favorable à la collaboration au sein des groupes d'action ont un effet positif pour amener chacun d'eux à se donner une cible commune. Elles permettent également de mettre en lumière la complémentarité entre les membres du groupe et de mettre en évidence leur interdépendance. Bref, ces activités ont permis aux membres du groupe d'action d'établir des bases solides sur lesquelles appuyer leurs réflexions et réaliser leurs actions.

Les activités de connaissance des partenaires ont été grandement appréciées par les participants, même si certains partenaires se côtoyaient régulièrement avant le projet. L'angle selon lequel chacun des partenaires s'est présenté a probablement permis aux membres du groupe d'action de mieux comprendre la réalité et les enjeux vécus par les autres.

En ce qui concerne l'activité de création des personnages, elle semble avoir permis aux membres du groupe de se centrer sur les besoins des populations ciblées tout au long de la démarche, ce qui constitue souvent un défi. Ceci est d'autant plus difficile dans le domaine des ITSS, puisque les populations vulnérables aux ITSS ne fréquentent pas ou peu les services et que peu de personnes seraient enclines à parler de leur expérience de soins et de services.

Dans la démarche, le temps alloué à ces activités a contribué à développer la confiance entre les membres du groupe d'action, la vision commune et la connaissance de la réalité des autres. Cette façon de faire contraste avec les façons habituelles de travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il n'est donc pas étonnant que certains participants aient mentionné que la période durant laquelle se sont déroulées les activités pour arriver à l'identification des actions à mettre en place leur a semblé longue. Par ailleurs, après coup, les participants ont perçu la plus-value de ces activités.

Au final, ces activités s'avèrent utiles pour amener le groupe à identifier des actions qui tiennent compte des réalités de chacun et qui misent sur la complémentarité.

2.2 CONDITIONS POUR FACILITER LA COLLABORATION

DESCRIPTION DES CONDITIONS POUR FACILITER LA COLLABORATION

En plus de la structure mise en place et des activités réalisées afin de créer une dynamique favorable à la collaboration, le conseiller-facilitateur veille à ce que des conditions favorables à la collaboration soient présentes tout au long de la démarche. Une attention particulière est portée pour créer un environnement propice au développement d'une relation de confiance entre les membres du groupe d'action. Pour ce faire, on privilégie des échanges de qualité, on vise une prise de décision partagée entre les partenaires impliqués et on mise sur la complémentarité. La transparence est encouragée et les conflits, s'il y a lieu, sont traités promptement.

RÉSULTATS LIÉS AUX CONDITIONS POUR FACILITER LA COLLABORATION

Favoriser une prise de décision et une responsabilité partagées

Bon nombre de participants ont souligné que les opinions des membres des groupes ont toutes une valeur équivalente, bien que certains partenaires peuvent contribuer davantage parce qu'ils disposent de davantage de ressources. Aucune hiérarchie formelle n'est établie au sein des groupes de gestion et d'action, peu importe le poids relatif de chaque établissement. De plus, il a été souligné de manière consensuelle que l'expression de chaque membre était fortement encouragée.

« Mais vraiment on est dans un partage de connaissances. Tout le monde est un peu sur le même pied d'égalité. C'est un apprentissage autant pour les personnes du communautaire que pour les gens du CSSS je pense. » – gestionnaire du CSSS

Toutefois, plusieurs ont souligné, particulièrement au sein des groupes d'action, que la présence d'une plus grande proportion d'acteurs du CSSS pouvait freiner le partage des idées. Certains partenaires se sont dits parfois intimidés par ce déséquilibre. Quelques-uns ont précisé que les efforts déployés par les accompagnateurs de la démarche avaient en partie permis d'alléger cet écart entre les milieux.

Une perception de partage et de consensus dans la prise de décisions a souvent été mentionnée, entre autres, parce que les participants se sont sentis à l'aise d'exprimer leurs opinions. Une personne a souligné que, le fait que le conseiller-facilitateur était une personne neutre, sans lien hiérarchique avec les membres du groupe, facilitait l'expression des opinions des membres. Certains ont rapporté que les échanges étaient empreints d'honnêteté, de respect et d'égalité.

« Et il y avait beau avoir [nom du gestionnaire] sur notre comité, les échanges étaient honnêtes, directs et respectueux. Ce n'est pas parce que tu es un travailleur de milieu que tu es gêné de dire ce que tu as à dire à [ton chef]. C'était vraiment très égalitaire. »
– membre d'un groupe d'action

« Les décisions se sont prises en consensus. Je ne me rappelle pas quoi, mais je me rappelle que j'ai dit des choses et ils disaient : "Non, ça, ça marche pas. Bien, ok." Ma voix était égale. » – gestionnaire de premier niveau d'un groupe d'action

Au sein des groupes rapportant le niveau le plus satisfaisant de collaboration, plusieurs soulignaient comment chaque membre ressentait une pression positive l'encourageant à s'acquitter des tâches lui incombant. Plusieurs ajoutaient se sentir responsables, en partie, des résultats du groupe, ce qui avait un effet motivant.

Miser sur la complémentarité des compétences des membres

Les participants ont particulièrement souligné le fait qu'ils ont travaillé en équipe pour trouver une solution à un problème : ils avaient un objectif commun. Une personne a précisé que le projet avait permis à des partenaires n'appartenant pas au milieu institutionnel de contribuer à la définition de l'offre de services pour leur territoire.

« Je pense que ça a permis des échanges d'expertises, mais aussi de créer un climat de confiance entre les différentes ressources, tout l'aspect crédibilité, la complémentarité aussi, bien saisir ce que les autres font pour se compléter. » – gestionnaire du milieu communautaire

« Chacun a un rôle à jouer là-dedans, que le CSSS peut pas tout faire tout seul, puis le communautaire, c'est la même chose. Chacun a besoin l'un de l'autre. » – gestionnaire du CSSS

Un grand nombre de participants ont aussi souligné que leur champ d'expertise personnel était respecté et même valorisé au sein du groupe d'action. Un souci était porté à la complémentarité des compétences des membres afin que chacun contribue au meilleur de ses capacités.

Toutefois, quelques participants ont mentionné avoir perçu, de la part des autres membres, des préjugés négatifs à l'égard de leur milieu d'appartenance (ex. : institutionnel vs communautaire). Ces préjugés ont été perçus comme étant davantage de nature organisationnelle que personnelle. Bon nombre de participants ont dit que le projet a permis de faire évoluer positivement ces conceptions préétablies.

Encourager la transparence et la critique constructive

Au sein des groupes d'action et de gestion rapportant le niveau le plus satisfaisant de collaboration, la transparence et l'ouverture à la critique constructive ont été mentionnées avec insistance. Les membres de ces groupes percevaient la confrontation respectueuse des idées comme un moyen de soulever des opportunités d'amélioration. Le fait d'aborder ouvertement les défis rencontrés par chacun des partenaires permettait ensuite au reste du groupe de contribuer à les surmonter plutôt que d'en laisser le poids uniquement à l'organisation concernée. Chacun partageait ses observations quant au fonctionnement des autres partenaires et tous devaient être ouverts à être critiqués.

« On se l'est dit, rien n'est sacré. [...] Il fallait se regarder nous-mêmes : où étaient nos principales failles, et vouloir les combler. » – membre du groupe de gestion

« Le fait qu'il y ait cette écoute-là et la capacité de nommer "Voici ce qu'on trouve qui n'est pas super comme offre de service actuelle, voici les besoins qu'on pense qui devraient être répondus. Comment on peut faire autrement ?". Et de ceux qui se faisaient nommer ça, d'être capable d'accepter la critique aussi. » – membre d'un groupe d'action

« Quand il y avait un sujet qu'on amenait, chacun donnait son point de vue. L'autre va dire : "Non, non, je ne suis pas d'accord pour telle raison." Ce n'était pas dans le but d'attaquer l'autre personnellement. C'était plus constructif. » – membre d'un groupe d'action

Gérer les conflits

En ce qui a trait à la gestion des conflits, bon nombre de participants ont mentionné ne pas avoir été témoin de conflits au sein des groupes d'action et de gestion.

« Honnêtement, il n'y a pas eu de conflits tant que ça. De mon bord, j'en ai pas vu, parce qu'on veut arriver à quelque chose et tout le monde a la même vision de travailler ensemble. » – gestionnaire du milieu communautaire

Il a été souligné que, lors des rares conflits survenus pendant la démarche, les membres concernés abordaient ensemble la situation au moment opportun, avec un souci particulier pour satisfaire les besoins des différentes parties.

« Bien, il y en a eu [des conflits], c'est sûr, peut-être des mésententes un petit peu. Comment ça a été géré? Je pense que c'était nommé clairement assez rapidement. » – membre du groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS AUX CONDITIONS POUR FACILITER LA COLLABORATION

Les propos recueillis auprès des participants permettent de constater que les efforts déployés pour établir une dynamique favorable à la collaboration au sein des groupes d'action ont porté fruit.

Un des aspects qui a possiblement permis de créer cette dynamique favorable à la collaboration est que les membres des groupes ont été amenés à partager leurs connaissances, ce qui a eu pour effet de partager le pouvoir de décision entre eux.

Par ailleurs, il apparaît que cette mise en commun des expertises et des ressources peut faciliter l'élaboration d'une offre de services permettant de répondre à l'ensemble des besoins d'un continuum de soins et services, tout en mettant à profit l'ensemble des forces présentes sur le territoire.

Bien sûr, il a fallu user de stratégies pour faire tomber les préjugés habituels entre les milieux qui ont des cultures organisationnelles différentes. Les principes de l'approche, auxquels les membres des groupes ont adhéré, ont certainement contribué à bâtir la relation de confiance entre eux.

Il est possible d'imaginer que les techniques d'animation utilisées pendant les rencontres ont également contribué à mettre en place ces dynamiques. À cet effet, les conseillers-facilitateurs et les animateurs ont contribué à développer ces dynamiques favorables à la collaboration.

2.3 FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE ET L'IMPLANTATION DES ACTIONS RETENUES

DESCRIPTION DES FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE ET L'IMPLANTATION DES ACTIONS RETENUES

Le déroulement de la démarche et l'implantation des actions retenues ont été influencés à la fois par des éléments de contexte sur lesquels il est difficile d'agir et par des stratégies mises en place spécifiquement pour faciliter le processus. Certains éléments de contexte sont propres au réseau de la santé, alors que d'autres sont spécifiques au domaine des ITSS.

RÉSULTATS LIÉS AUX FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE ET L'IMPLANTATION DES ACTIONS RETENUES

Le contexte général du RSSS : lenteur et complexité

Un des freins à la démarche mentionnés par les participants est la lenteur et la complexité du milieu institutionnel dû à sa structure, ainsi que la disponibilité des ressources.

« Il y a certaines longueurs et lourdeurs administratives au niveau CSSS, mais je suis conscient que c'est une "grosse machine" difficile à faire tourner... » – participant au sondage Survey Monkey

« Je pense que c'est la mise en place dans le CLSC avec le personnel du CSSS qui est toujours quelque chose de compliqué, vu que le CSSS est en constant remaniement politique et parce que c'est du personnel syndiqué, des médecins qui sont autonomes, etc. Ça fait que ça a été beaucoup de concertation de la part du CSSS au niveau de son personnel. Ça, j'ai senti que c'était la difficulté, qui est normale et que tout le monde s'y attendait. » – gestionnaire du milieu communautaire

L'absence ou le désistement de quelques partenaires

Puisque ce projet repose en majeure partie sur l'effort de collaboration entre des partenaires, il n'est pas étonnant que la faible implication ou le départ de certains partenaires au cours du projet en aient entravé la démarche. Les principaux effets de ces absences étaient de priver les membres du groupe d'information précieuse concernant la population desservie par le partenaire absent et de rendre difficile le développement de liens de collaboration. Cela a parfois même créé une certaine frustration au sein du groupe.

« Au départ, on était plus qu'à la fin. Il y avait plus de participants. Je dirais que c'est les participants de [telles organisations] qui ont quitté en cours de route pour, peu importe les raisons. Oui à certains moments on se questionnait à savoir qu'est-ce qui se passait dans [telles organisations], comment ça fonctionnait, quel matériel ils avaient et tout ça. Donc c'était plus difficile d'avoir de l'information parce qu'on avait personne [de ces organisations] autour de la table. » – membre d'un groupe d'action

« C'est plus la démotivation du [partenaire de la démarche] qui peut-être a irrité certaines personnes. À un moment donné on a bouclé la boucle, et on a dit "ok on va continuer" » – membre d'un groupe d'action

Du point de vue de la dynamique des groupes, quelques participants relataient que certains partenaires ne participaient pas toujours activement aux rencontres ou bien qu'ils étaient sporadiquement absents. Cela obligeait alors les conseillers-facilitateurs à faire davantage de relances et de suivis. Il convient toutefois de noter que bon nombre d'absences des partenaires participants dépendaient des capacités de leur organisation respective à les libérer pour les rencontres.

L'implication variable des médecins

Concernant l'implication des médecins, rappelons d'abord que leur implication dans les projets pilotes a été variable d'un territoire à l'autre. Dans un territoire, un médecin a participé activement aux rencontres du groupe d'action. Dans un autre, un médecin a été impliqué principalement en

début de démarche alors que, dans le troisième territoire, le médecin appuyait la démarche sans toutefois participer aux rencontres du groupe d'action.

Quelques participants, dont des médecins, ont mentionné que les médecins semblaient généralement plus intéressés à contribuer à la mise en place d'actions ayant des répercussions directes sur la clientèle plutôt que de participer aux réflexions initiales lors des rencontres du groupe d'action. Certains notent qu'avec leur horaire très chargé, les médecins ont de la difficulté à se libérer pour participer à toute la démarche s'étalant sur plusieurs mois.

« [un médecin] était censé s'impliquer sur le comité, mais on s'entend qu'avec sa grande tâche, [il] ne pouvait jamais se libérer. » – membre d'un groupe d'action

« Je sais qu'il y avait un médecin qui était disponible beaucoup. [...] [Il] était toujours disponible si quelqu'un lui téléphonait ou quoi que ce soit. » – membre du groupe d'action

Les médecins rencontrés au tout début du projet se sont dit intéressés à demeurer informés des avancements du projet, et qu'ils seraient prêts à participer concrètement lorsque leurs compétences seraient requises.

« Moi les processus et les grandes discussions, je n'ai pas le temps de faire ça [...] quand vous aurez besoin de moi, vous me direz ce que je peux faire et il n'y aura pas de problème. » – intervenant qui rapporte les propos d'un médecin

Les médecins ayant pris part aux rencontres du groupe d'action disaient croire à la valeur du travail d'équipe et de la multidisciplinarité.

Bien que certains participants ont rapporté la facilité avec laquelle ils pouvaient solliciter un médecin de leur milieu au besoin, d'autres ont plutôt trouvé difficile de mobiliser des médecins afin qu'ils contribuent à la réalisation des actions retenues. Sur le territoire B, la mobilisation des médecins pour mettre sur pied la clinique de santé sexuelle a constitué un défi important.

« On est rendu qu'on travaille depuis un bout sur l'opération séduction des médecins [...] il y a beaucoup d'actions qui sont liées à convaincre les médecins... » – membre du groupe d'action

Le soutien des directions concernées

Parmi les commentaires émis au sujet du soutien des directions concernées, certains ont souligné l'importance de prioriser le projet et de libérer une « marge de manœuvre ». Ce soutien se concrétise par une implication réelle des gestionnaires. Plusieurs participants ont souligné l'importance du soutien de la direction en lien avec l'attribution des ressources nécessaires pour réaliser la démarche.

« Moi, c'était mon directeur [nom] qui pouvait ramener des choses qui fonctionnaient moins bien pour qu'on ait l'aval pour continuer notre projet. Donc, c'est ça que je trouve intéressant parce que, dès le départ, ils savent dans quoi ils s'embarquent et c'est quoi leur rôle. Autant nos décideurs ici au CSSS que les décideurs des organismes communautaires. [...] s'il se passait quelque chose, que quelque chose allait moins bien dans un organisme ou qu'on ne déployait pas telle, telle chose, bien

les « boss » s'en parlaient, et ça redescendait, et ça allait de soi. » – membre d'un groupe d'action

Par ailleurs, plusieurs participants du CSSS soulignent qu'ils ont été confrontés dans leur démarche à d'autres directions de leur établissement pour lesquelles le projet ne constituait pas une priorité. Cette importance variable accordée au projet au sein d'un même établissement a provoqué des délais pour la réalisation de certaines actions, dont l'obtention de locaux ou de matériel. Bon nombre de participants soulignent l'importance qu'un tel projet reçoive le plus tôt possible l'appui de toutes les directions pouvant être appelées à collaborer, notamment afin d'éviter les « surprises » en cours de projet. Ceci implique notamment d'informer au préalable les directions concernées par les actions qui seront mises en place.

« La machine est grosse, les priorités sont jugées d'une autre manière et ça dépend de beaucoup de facteurs. Si le directeur a plus une couleur santé physique de courte durée, c'est sûr que ce qui se passe en CLSC, ce n'est pas dans ses priorités numéro un. » – gestionnaire du CSSS, membre du groupe d'action

L'accompagnement du conseiller-facilitateur

Selon les participants, la présence du conseiller-facilitateur a facilité le déroulement de la démarche. Ils ont souligné l'importance de sa contribution pour des tâches telles que planifier et soutenir l'animation des rencontres, rédiger des comptes rendus, fournir et développer des outils, répartir les tâches à faire entre les rencontres, faire les suivis, et surtout s'assurer du respect de l'échéancier. Ils mentionnent que la présence de cette personne-ressource leur a permis de se concentrer sur leurs tâches liées aux objectifs du projet sans avoir à se soucier des « formalités » liées à la gestion du projet lui-même.

Bon nombre de participants ont confirmé que le fait que le conseiller-facilitateur les « pousse » à respecter l'échéancier et à atteindre les objectifs était nécessaire pour l'avancement de la démarche. Toutefois, certains ont mentionné qu'ils se sont sentis « talonnés » afin de respecter les échéances.

« Moi, je vois ça comme un encadrement. Elle avait une rigueur. Une rigueur, mais qui nous laissait la liberté aussi dans la créativité. [...] Elle nous encadrait vraiment [...]. Elle nous amenait vraiment à aller gratter le plus possible pour en arriver à préciser les besoins. Avec une rigueur qui était claire, mais en même temps avec une démarche où on nous laisse libres. » – membre d'un groupe d'action

L'utilisation de stratégies pour ajuster la démarche

Plusieurs stratégies ont été mentionnées par différents participants pour se questionner sur la démarche et permettre, au besoin, des ajustements en cours de projet :

- Périodes d'échanges et de réflexion (individuelle et en groupe);
- Rétroaction tout au long de la démarche;
- Évaluations des rencontres (orales, écrites);
- Bilan en cours de projet (sondage);
- Bilan en fin de projet (entrevues individuelles et de groupe).

« Mais entre chaque rencontre, on avait du temps pour décompresser un peu et de prendre le temps de réfléchir chacun de notre côté à ce qu'on s'était dit. Souvent à la rencontre d'après, on ramenait "finalement, j'ai repensé à ça et c'est peut-être pas une bonne idée." » – membre d'un groupe d'action

« On s'est quand même ajusté en cours de route aussi. Un moment donné, on avait l'impression qu'on était un peu dans le champ et on s'est ressaisi. [...] ça a été une grosse remise en question pour se réaligner. Ça a été bien. On a réussi à le faire. [...] On s'est ressaisi et ça nous a donné un nouveau souffle. » – membre d'un groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS AUX FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE ET L'IMPLANTATION DES ACTIONS RETENUES

Tout projet dans le réseau de la santé et des services sociaux doit composer avec la complexité de ce système. Bien que le contexte rende parfois plus difficile la réalisation de certains projets, ceci fait partie inhérente des défis à relever lorsque l'on réalise des changements dans ce réseau.

En ce qui a trait à l'importance d'être soutenu par les directions, les mouvements de personnel et la lourdeur de la tâche des directeurs font en sorte qu'il est difficile d'assurer ce soutien pour la durée d'un tel projet. Or, ce soutien est essentiel pour permettre la réalisation de changement. Les difficultés à obtenir l'engagement de directions du CSSS illustrent bien l'importance d'assurer une circulation de l'information efficace et un leadership fort autour du projet. À ce sujet, le rôle du directeur général pour assurer un leadership mobilisateur auprès des différentes directions concernées pourrait avoir un impact majeur sur les résultats obtenus. Bien que l'approche permette de proposer des solutions appropriées, cela peut être confrontant pour certains gestionnaires si ces solutions ne s'inscrivent pas, ou ne sont pas en cohérence, avec leurs priorités.

Malgré que la valeur ajoutée et les bénéfices de l'accompagnement soient reconnus, libérer une ressource pour accompagner un tel processus et assurer une stabilité n'est pas une priorité du réseau. Idéalement, les décideurs ne doivent pas uniquement appuyer une telle démarche, mais également libérer les ressources nécessaires pour la réaliser.

En ce qui a trait à l'implication des partenaires dans un tel projet, il est prévisible que la contribution de chacun ne soit pas de la même envergure ou qu'elle puisse varier en cours de projet pour différentes raisons. Bien que les personnes ayant accompagné les projets aient mis des efforts pour mobiliser certains partenaires et faciliter leur implication, certains ont décidé de ne pas s'impliquer dans le projet ou de s'en retirer. Cela souligne l'importance d'être ouvert et respectueux face aux réalités des différents partenaires, et de réfléchir aux modalités d'intégration de ceux-ci. En misant sur les partenaires qui, eux, sont impliqués, il est possible que les collaborations et les retombées du projet aient un effet d'entraînement positif sur les autres partenaires du territoire.

Pour ce qui est de la contribution des médecins, il ressort qu'il est difficile de les impliquer dans toutes les étapes d'une démarche telle que la communauté stratégique (faute de temps, d'intérêt et d'incitatifs, etc.). Il faut probablement viser à les impliquer de façon sporadique pour des besoins concrets qui ont un impact direct sur la clientèle. Il est quand même souhaitable d'obtenir leur point de vue lorsqu'il s'agit de préciser les actions retenues, surtout dans la perspective où celles-ci pourraient avoir un impact sur le travail, mais aussi parce que leur point de vue permet d'apporter un regard différent sur les services. Au-delà de l'implication des médecins dans la démarche, il s'avère nécessaire de trouver des façons de faire face à certains problèmes d'intégration des médecins dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Finalement, se doter de stratégies pour ajuster la démarche ne semble pas une pratique courante dans le réseau. Le fait de prendre le temps de se questionner sur le déroulement de démarche a été apprécié par les participants et cela a permis d'effectuer des ajustements au moment opportun. Le

manque de temps et la rareté des ressources font en sorte que les acteurs sont continuellement dans l'action sans saisir l'opportunité de se questionner sur la pertinence et l'efficacité de ces actions.

2.4 STRATÉGIES DE PÉRENNISATION DES ACTIONS RÉALISÉES

DESCRIPTION DES STRATÉGIES DE PÉRENNISATION DES ACTIONS RÉALISÉES

Dans le cadre des dernières rencontres des groupes d'action, des stratégies de pérennisation des actions ont été discutées. Voici les stratégies retenues par chacun des territoires pour favoriser la pérennisation des actions réalisées.

Territoire A

- Poursuivre des rencontres entre les partenaires impliqués dans le projet à raison de quelques fois par année.
- Répéter chaque année l'activité de sensibilisation sur les ITSS à l'intention des intervenants.
- Ajouter un point statutaire sur les ITSS à la Table de concertation jeunesse du territoire.

Territoire B

- Mettre sur pied deux comités lorsque la clinique de santé sexuelle verra le jour :
 - Un comité de suivi composé des membres actuels du groupe de gestion;
 - Un comité clinique composé des membres actuels du groupe d'action.

Territoire C

- Maintenir l'accessibilité au dépistage sur le territoire.
- Maintenir et élargir l'accessibilité aux condoms.
- Conserver les liens avec les partenaires par la tenue d'une rencontre annuelle.

RÉSULTATS LIÉS AUX DÉFIS ENTOURANT LA PÉRENNITÉ DES ACTIONS RÉALISÉES

Selon les participants, il est impératif de conserver des rencontres de suivi entre les membres du groupe d'action et que la coordination de ces dernières soit confiée officiellement à un ou plusieurs individus. Un second moyen suggéré par quelques participants pour maintenir la collaboration a été de favoriser leur participation à des événements communs (ex. : journée de sensibilisation sur le territoire).

« Mais il reste qu'il faut qu'on puisse se rencontrer et faire le point avec nos partenaires sur comment on peut modifier les choses s'il le faut. » – membre d'un groupe d'action

Plusieurs participants ont mentionné l'importance que la direction maintienne son appui aux actions réalisées dans le cadre du projet. Plusieurs participants soulignent aussi l'importance que les actions réalisées ne reposent pas uniquement sur des individus. Il faut tenter d'intégrer ces nouvelles façons de faire dans les opérations courantes et de formaliser les actions réalisées par des ententes entre les partenaires concernés.

« Je pense qu'une des conditions aussi gagnantes, ça ressort vraiment beaucoup, l'implication des directions [...] que les établissements premièrement mettent les ITSS en priorité, et qu'ils lancent le message que ce projet-là est important et qu'ils y croient... » – membre d'un groupe d'action

*« Moi, je pense que c'est beaucoup la volonté, la volonté politique de la direction. » –
membre d'un groupe d'action*

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS AUX DÉFIS ENTOURANT LA PÉRENNITÉ DES ACTIONS RÉALISÉES

Les stratégies déployées dans chacun des territoires afin de pérenniser les actions réalisées sont en cohérence avec les facteurs ayant affecté le déroulement de la démarche. Les participants rencontrés nomment l'appui des directions comme étant un facteur important favorisant la pérennisation des actions réalisées. Or, dans certains territoires, peu de stratégies ont été mises en place pour assurer le maintien de cet appui. Le défi sera d'autant plus grand avec le départ de certains gestionnaires-clés et le mouvement de personnel amplifié par la réorganisation en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Maintenir les nouvelles façons de faire et les liens de collaboration développés entre les partenaires ayant participé aux projets pilotes constituera certainement un défi, comme cela s'avère le cas dans tout changement.

3. RETOMBÉES DÉCOULANT DES PROJETS PILOTES

Ce troisième thème aborde les retombées découlant de la démarche. Un résumé des retombées sur le développement de la collaboration est d'abord présenté. Par la suite, les concepts permettant d'apprécier l'intégration des services seront définis, suivis des résultats liés à cet aspect. Finalement, les stratégies de pérennisation des actions réalisées ainsi que les défis entourant cette pérennisation sont ensuite amenés.

3.1 AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION

DESCRIPTION DE LA COLLABORATION

Comme mentionné dans la section traitant du processus, plusieurs stratégies pour favoriser l'émergence d'une dynamique favorable à la collaboration ont été réalisées dans le cadre des projets pilotes. Ces stratégies, combinées à l'approche de la communauté stratégique et à la dynamique particulière de chacun des territoires participants, ont eu des retombées sur le développement de la collaboration.

RÉSULTATS LIÉS À L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION

Comme cela a été rapporté presque à l'unanimité, les participants considèrent mieux connaître les acteurs des organisations partenaires. En effet, ceux-ci rapportent une meilleure compréhension de leur contexte, de leurs ressources et de leurs limites. Plusieurs soulignent que cette nouvelle compréhension du vécu des autres acteurs leur permet de mieux collaborer avec eux.

Selon bon nombre de participants, cette meilleure connaissance facilite la création de liens entre partenaires. En effet, des participants relatent que de connaître personnellement les acteurs des partenaires encourage la création, ainsi que le maintien de liens avec eux, notamment lorsque vient le temps de référer de la clientèle. Les membres des groupes se disent plus confortables d'orienter leur clientèle vers les services de leurs partenaires. De plus, les intervenants se disent plus confiants de référer, lorsqu'ils s'adressent à une personne (ex. : Johanne la gentille infirmière de l'organisation x), plutôt qu'à des structures (ex. : le bureau de triage ou l'accueil de l'organisation x).

« Donc, tisser les liens pour que les gens connaissent le milieu, connaissent qu'est-ce qu'on fait et qu'eux puissent nous ramener ces gens-là ici. » – membre d'un groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS À L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION

Il ressort que le projet a permis d'avoir des répercussions sur la collaboration, tel que vu précédemment, et que les stratégies utilisées pour développer les liens entre les partenaires participants ne sont pas étrangères aux retombées pour la clientèle. Tel que décrit dans la section portant sur le processus, il semble que les participants aux projets pilotes s'entendent pour dire que les retombées des projets sur la collaboration entre les partenaires impliqués sont notables. Cette collaboration s'appuie non seulement sur une meilleure connaissance mutuelle, mais également sur une meilleure compréhension de la réalité de chacun, ce qui semble peu fréquent dans le réseau de la santé et des services sociaux. C'est cette nouvelle perception de la réalité qui permet de repenser les façons de faire pour mieux répondre aux besoins de la population.

3.2 RETOMBÉES POSITIVES SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES

DESCRIPTION DU CONCEPT D'INTÉGRATION DES SERVICES

En ce qui a trait à l'appréciation du degré d'intégration des services, nous avons utilisé les notions suivantes : accessibilité, continuité et globalité ; définies comme suit par Lévesque et coll. (2011).

- **L'accessibilité** : la facilité avec laquelle une personne peut obtenir les soins requis (incluant le counseling et le soutien) avec le professionnel de son choix à l'intérieur d'un délai approprié à son problème. C'est aussi l'organisation des ressources pour s'adapter à l'ensemble des clientèles (services téléphoniques, flexibilité de la prise de rendez-vous, heures d'ouverture, périodes de « sans rendez-vous »).
- **La continuité** : dans la relation (entre l'utilisateur et divers professionnels au cours d'une série de rendez-vous, résultant en une bonification des connaissances sur l'utilisateur et des soins en cohérence avec ses besoins), dans la coordination (services offerts par les divers partenaires de manière complémentaire et au moment opportun afin d'avoir des soins cohérents), et dans l'information (utilisation de l'historique des soins pour offrir des soins appropriés à l'utilisateur).
- **La globalité** : au niveau des services offerts pour répondre aux besoins des usagers (par exemple en ITSS : promotion de comportements sains et sécuritaires, prévention, diagnostic, traitement, soutien, référence, services sociaux) et au niveau de la personne (considération des aspects physiques, émotionnels et sociaux ainsi que du contexte de vie dans l'offre de soins).

Les faits saillants présentés plus bas s'attardent à chacune de ces trois dimensions, soit les retombées des projets pilotes sur l'accessibilité, la continuité et la globalité des services offerts.

RÉSULTATS LIÉS À L'INTÉGRATION DES SERVICES

Accessibilité des services

Une meilleure accessibilité des services pour la population a souvent été mentionnée parmi les retombées. Par exemple, une personne a souligné qu'ils avaient réussi à rejoindre plus de personnes, en particulier les jeunes hommes. Parmi les éléments soulevés, il y a un accès plus rapide au dépistage des ITSS (dépistage disponible, diminution du temps d'attente, plus d'infirmières formées) et un accès plus facile à des condoms (généralement gratuits, disponibles à plusieurs endroits sur le territoire). Des activités de diffusion d'information au sens large ont permis de sensibiliser et renseigner les clientèles visées sur les ITSS elles-mêmes, mais aussi sur les services disponibles sur le territoire.

« Les gens ne savaient pas trop par quelle porte entrer, quel numéro de téléphone composer. Donc il a été décidé qu'il y avait qu'un seul numéro de téléphone à donner aux gens qui voulaient avoir un rendez-vous pour un dépistage. L'idée a germé de ce projet-là, mais ça ne fait pas partie des actions concrètes. C'est déjà plus intéressant de simplifier les choses pour la clientèle qui ne savait pas trop quel numéro de téléphone composer. » – intervenant psychosocial, membre d'un groupe d'action

La plus grande disponibilité des ressources a été mentionnée à plusieurs reprises (ex. : infirmière présente sur une base régulière, infirmière de proximité plus disponible, plus facile de référer, car il y

a un intervenant permanent pour la prise en charge). De plus, plusieurs participants ont souligné que des services étaient maintenant offerts, ou qu'il y avait plus de services offerts, dans les lieux fréquentés par les clientèles cibles (interventions de proximité, en milieux scolaire et communautaire).

« Je retiens que s'il n'avait pas eu ce projet-là, probablement qu'on n'aurait pas déployé l'offre de services en ITSS aussi rapidement. On serait peut-être dans un processus de déploiement, mais on ne serait pas rendu aussi loin. » – gestionnaire du CSSS, membre du groupe d'action

Les participants ont abondamment parlé des infirmières qui se déplacent maintenant sur le territoire, notamment : services dans le milieu scolaire tels que dépistage, ateliers ou séances d'information, remise de condoms et de prescriptions, collaboration avec les organismes communautaires, etc.

« [...] l'infirmière de proximité à toutes les semaines va faire de la proximité avec les travailleuses de rue dans leur milieu pour faire du dépistage sur place. Et là, il y en a plein. Ça se fait. Il y en a plein. Elle est allée dans un endroit de boxe, elle a fait sept dépistages. Les jeunes l'attendaient. » – membre du groupe d'action

Des participants ont mentionné que le projet a permis d'adapter les services pour mieux joindre les populations cibles. Par exemple, ils ont mentionné des approches variées pour distribuer des condoms (en personne, panier sur un bureau, distributrice), de même que divers styles de condoms, gratuits ou à faible coût, en fonction de la clientèle visée.

« Le restaurant où les jeunes vont, on a mis une distributrice à condoms dans leur toilette là. » – membre du groupe d'action

« Parce que des fois il est à la porte. Il pourrait faire 3 ou 4 pas et se rendre à mon bureau. Ma boîte est là. Donc, c'est l'occasion de lui faire voir « regarde donc, elle a des condoms elle. » Ça part de même. « Et quand tu n'en auras plus, tu viendras me voir, je vais t'en donner d'autres. » » – membre d'un groupe d'action

Continuité dans les services

Une meilleure continuité dans la coordination des services a été mentionnée plusieurs fois par les participants. Il s'agit principalement d'une référence plus facile entre deux intervenants œuvrant dans des organisations ou des services différents. À cet effet, une personne a souligné qu'une solution mise en place pour mieux rejoindre les jeunes (boîte à suggestions) a permis de référer certains jeunes vers d'autres services que ceux en ITSS. Par exemple, l'infirmière scolaire réfère directement un jeune à l'accueil psychosocial du CSSS.

« On se connaît et on communique mieux, ce qui facilite le cheminement du client dans le continuum de service. » – participant au sondage Survey Monkey

« Des questions. Ça peut être sur les ITSS, ça peut être qu'on veut voir un travailleur social, on « feel » pas, on veut voir un psychologue. Donc, on a mis des boîtes partout dans les écoles et l'infirmière une fois par semaine vide la boîte et c'est l'intervenant social à l'accueil qui va appeler la personne. Là on a dit qu'il peut donner ton texto. On peut te texter ou on peut t'envoyer un courriel ou on peut t'appeler. Donc comment tu

veux qu'on te rejoigne. C'est super intéressant. Et ça fonctionne.» – membre du groupe d'action

Globalité dans les services

La clinique de santé sexuelle, lorsqu'elle ouvrira ses portes sur le territoire B, constituera un bel exemple d'intégration des services, où l'on fait appel à l'expertise d'un ensemble de partenaires issus de milieux variés pour assurer un continuum de services. Une personne a bien exprimé cette idée de globalité dans les services lorsque des activités d'éducation et des services cliniques (dépistage) sont jumelés.

« [...] on parle vraiment d'intégration de soins et de services en santé sexuelle. C'est vraiment large, santé sexuelle, parce qu'il y a tout le volet de la promotion de la santé sexuelle avec les ateliers d'éducation, etc., ensuite il y a tout le développement des lieux de proximité pour pouvoir les utiliser, informer, dépister et tout ça, et ensuite il y a la clinique de santé sexuelle. » – membre d'un groupe d'action

Par ailleurs, plusieurs participants ont mentionné que le projet pilote leur avait permis de modifier leur approche d'intervention. Ils affirment intégrer davantage la prévention en ITSS dans leurs interventions. Par exemple, un intervenant psychosocial du CSSS a pris conscience qu'il pouvait contribuer aux actions de prévention en étant à l'affût de comportements sexuels qui augmentent les probabilités de contracter une ITSS auprès de sa clientèle. Son intervention permet ainsi de mieux intervenir face à la problématique en facilitant, par exemple, la distribution de condoms (promotion de comportements sains et sécuritaires) ou la référence vers le dépistage (identification de comportements à risque et référence). Ces changements ont été introduits, entre autres, à la suite de réflexions personnelles en cours de projet, et de discussions ou échanges entre les participants du groupe d'action.

« Mes visites se font à domicile, donc on s'est comme assuré d'avoir des petits kits pour transporter des condoms de façon sécuritaire pour pas qu'il y ait un crayon qui perce et tout ça. [...] Moi avant honnêtement, je n'avais pas le réflexe de traîner des condoms dans mon sac. Il y a des infirmières que oui. Ce n'était pas nouveau pour elles, moi oui et pour la psychoéducatrice oui. » – intervenant psychosocial, membre d'un groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS À L'INTÉGRATION DES SERVICES

À la lumière des commentaires, il semble que le projet ait amélioré l'accessibilité aux services de proximité en misant sur la collaboration entre les partenaires. Ces collaborations ont permis d'offrir des services à des populations qui ne se déplacent pas pour obtenir des services.

De plus, le partage des expertises et des expériences entre les membres des groupes d'action leur a permis de développer des stratégies gagnantes pour rejoindre les clientèles visées par leurs projets et ce, avec le soutien de leur groupe de gestion.

Assurément, les activités de connaissance des partenaires réalisées dans le cadre des rencontres du groupe d'action ont contribué à faciliter la référence par une meilleure compréhension des services offerts par les partenaires.

Il apparaît que les projets pilotes ont permis de sensibiliser un plus grand nombre d'intervenants à l'importance d'agir, en particulier ceux qui ne sont pas ou peu associés aux interventions directes en matière d'ITSS, et qui sont en contact avec les populations vulnérables à ces infections.

3.3 CARACTÈRE NOVATEUR DES ACTIONS RETENUES

DESCRIPTION DU CARACTÈRE NOVATEUR DES ACTIONS RETENUES

L'approche de la communauté stratégique permet la création d'un contexte favorable à l'émergence d'idées nouvelles et novatrices. Le fait de rassembler des personnes de professions variées, provenant d'équipes et d'organisations différentes, qui amènent avec elles des valeurs et des pratiques différentes pourrait mener à l'élaboration d'idées qui n'auraient peut-être pas émergées sans ce contexte particulier.

RÉSULTATS LIÉS AU CARACTÈRE NOVATEUR DES ACTIONS RETENUES

Lorsque les participants se sont exprimés sur les actions qui ont découlé des projets pilotes, certains considéraient que celles-ci étaient novatrices dans la façon d'adapter l'intervention réalisée auprès de la population, ainsi que dans la façon de les joindre dans leurs milieux de vie. En ce sens, l'activité de sensibilisation pour favoriser l'intégration dans la pratique de l'identification de comportements sexuels à risque sur le territoire A s'avère novatrice. En effet, le fait que des intervenants de divers milieux (CSSS, écoles, OMH, carrefour jeunesse-emploi...) aient organisé et soient parvenu à réunir plusieurs acteurs du territoire semble peu commun dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'autre part, dans le territoire B, la clinique de santé sexuelle est novatrice de par le fait que celle-ci a été définie conjointement par le CSSS et ses partenaires, et que les services offerts par différentes équipes du CSSS (santé publique, équipe scolaire, clinique jeunesse, services courants) et par les partenaires seront intégrés.

« Notre projet est innovateur parce qu'il a été défini par le CSSS et les partenaires. » – propos d'un membre du groupe d'action rapporté dans un journal de bord

« Sur le territoire ici, ça l'a été [novateur] parce que ça fait quand même 11 ans maintenant que je suis travailleuse de rue, mais j'ai jamais vu ça que les gens se concertent à ce point-là. » – membre d'un groupe d'action

La plupart des actions réalisées dans le cadre des projets ne sont pas nécessairement novatrices. Cependant, elles ont permis de mettre en place des actions reconnues efficaces dans le domaine des ITSS. Dans les trois territoires, les projets pilotes ont été le catalyseur qui a permis de déployer certaines actions qui auraient dû être en place depuis un certain temps.

« L'approche était novatrice, mais pas l'intervention. Distribuer des condoms, il n'y a pas rien de novateur là. Ça fait 10 ans, 20 ans qu'on dit que c'est le meilleur moyen de prévenir les ITSS. C'est surprenant que ça ait pris tant de temps à ce qu'on s'assure que, dans tous les organismes, il y en ait. » – gestionnaire, membre d'un groupe d'action

« Novateur peut-être pas. Essentiel oui. C'est comme je disais tantôt, le gros du morceau, c'était d'avoir les infirmières qui dépistaient un peu partout. Je ne pense pas que ce soit novateur d'avoir des infirmières qui dépistent. C'est comme plus la base. » – membre d'un groupe d'action

Bien que des idées novatrices aient émergé en cours de projet, celles-ci n'ont pas nécessairement été réalisées, comme en témoigne un participant.

« Ça aurait pu être novateur en termes d'idées « flyés » par rapport à la promotion. Ça aurait pu, [avoir eu des ressources]. Parce que je dirais qu'il y avait quand même du monde créatif autour de la table. On aurait pu faire des choses genre des ententes avec les chauffeurs de taxi pour donner des condoms en fin de soirée. Mais personne n'a dit : « OK, on s'organise avec ça. » Ça aurait pu être quelque chose qui n'aurait pas pris tant d'énergie, mais personne n'a levé la main. [...] Non, il n'y a pas eu d'actions novatrices. Il y a eu des idées novatrices, mais qui n'ont pas été mises en œuvre. » – animatrice d'un groupe d'action

FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS LIÉS AU CARACTÈRE NOVATEUR DES ACTIONS RETENUES

Les données recueillies montrent que les actions déployées à partir de l'approche de la communauté stratégique ne sont pas nécessairement novatrices. Cette approche permet souvent de mettre en place des actions qui auraient normalement dues être réalisées depuis quelque temps. Cette approche peut également favoriser l'émergence d'idées nouvelles et novatrices, qui seront ou non mises en œuvre par la suite si celles-ci sont retenues par le groupe d'action et entériné par le groupe de gestion.

D. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Avant de pousser plus loin la réflexion sur l'approche utilisée dans le cadre des projets pilotes, il apparaît pertinent de faire un bref retour sur les retombées de ces projets pour se demander si les efforts déployés ont porté leurs fruits.

Plus précisément, il importe d'analyser les retombées concrètes sur les services offerts à la population, puisque la finalité de ces projets était de mieux intégrer la gamme des services dans le domaine des ITSS. Comme présenté dans la section des résultats, les projets pilotes ont clairement amélioré la collaboration entre les partenaires d'un même réseau local de services, et ce, dans les trois territoires participants. Selon les perceptions des participants, cette amélioration de la collaboration semble avoir eu un effet sur les gains faits en matière d'accessibilité, de continuité et de globalité des services. Les liens qui se sont développés entre les participants des projets pilotes ont permis de réaliser des actions concrètes de façon concertée. Rappelons, parmi les retombées découlant de ces projets, des références plus fréquentes entre les intervenants, une bonification des services offerts et un accès plus rapide aux services (ex. : au dépistage), davantage de services de proximité pour joindre les populations les plus à risque de contracter une ITSS, un meilleur accès à des condoms, ainsi que la sensibilisation et l'intégration de l'identification des comportements à risque d'ITSS dans la pratique d'une diversité d'intervenants.

Bref, au regard des retombées découlant des projets pilotes, il semble que ceux-ci aient permis de faire un pas de plus vers une meilleure intégration des services, et que le fait de réunir des partenaires variés autour d'une problématique et de mettre en place des conditions de collaboration ait eu des impacts positifs sur l'intégration des services. L'un des défis pour la suite consiste à mettre en place des indicateurs pour documenter les impacts de ces interventions.

Certaines actions retenues dans le cadre des projets pilotes peuvent être qualifiées de novatrices dans leur contexte. Le projet le plus novateur, soit l'implantation d'une clinique de santé sexuelle, a rencontré bon nombre de défis. Dans les trois territoires, les projets pilotes ont permis de passer à l'action en déployant, entre autres, des services qui auraient dû déjà être en place, mais que divers enjeux organisationnels et contextuels empêchaient.

Les résultats de la présente évaluation montrent que les actions découlant des projets pilotes peuvent être novatrices ou non selon les actions retenues par les groupes d'action. Par ailleurs, les participants aux projets pilotes considèrent l'approche de la communauté stratégique comme novatrice. Les principes de l'approche, sa structure et les différentes activités réalisées au sein des groupes d'action expliquent en grande partie les retombées des projets pilotes.

À la lumière des principaux constats émanant des résultats, les participants accordent de manière assez consensuelle de la valeur au processus ainsi qu'à la démarche qu'ils ont vécus. Bien qu'ils y proposent certains ajustements, ceux-ci ont aussi exprimé leur appréciation du travail d'équipe, de l'accompagnement vécu, ainsi que du mode de fonctionnement de l'approche de la communauté stratégique, qui allie les directions ainsi que les intervenants terrain dans la réponse à des besoins concrets des populations visées. D'ailleurs, l'une des forces et des particularités de cette approche réside dans le fait qu'elle mobilise une diversité d'acteurs autour d'une problématique en impliquant directement les intervenants près du terrain. Cette stratégie ascendante de changement, où des intervenants déterminent les actions à mettre en place à partir de leur compréhension des besoins des personnes visées par les services, diffère de la façon habituelle d'introduire des changements dans le réseau de la santé et des services sociaux. La structure proposée pour mettre en place une communauté stratégique (groupes d'action et de gestion) ainsi que l'accompagnement offert pour faire vivre la démarche et réaliser les actions (conseiller-facilitateur, animateur et directeur délégué)

distinguent cette démarche des autres projets dans le réseau et constituent, aux dires de certains, un de ces facteurs de succès. Or, malgré sa pertinence, déployer une telle structure peut représenter un défi pour des milieux qui souhaiteraient réaliser une démarche semblable.

Ces conclusions confirment que, bien que les participants aux projets pilotes reconnaissent la valeur de l'approche de la communauté stratégique, ils soulignent l'importance de s'assurer que les conditions favorables à sa mise en œuvre sont mises en place et que l'approche est adaptée au contexte du territoire. Dans le contexte actuel de réorganisation vécu dans le réseau, ceci est d'autant plus pertinent.

Ainsi, les recommandations qui suivent s'adressent aux acteurs du réseau qui souhaiteraient implanter l'approche de la communauté stratégique. Elles mettent l'accent sur quelques conditions essentielles à réunir pour la mise en œuvre de l'approche.

ASSURER LA PRÉSENCE DES CONDITIONS ESSENTIELLES À LA MISE EN ŒUVRE

Obtenir l'engagement des directions concernées

Comme cela a été fait dans le cadre des projets pilotes, il semble impératif de s'assurer, dès le début de la démarche, d'obtenir l'engagement des directions des partenaires impliqués. Cet engagement devrait concerner l'attribution de ressources (financières, humaines et matérielles) et l'adhésion des directions aux valeurs véhiculées par l'approche de la communauté stratégique (ex. : approche ascendante, travail en réseau). Cet engagement ne peut être obtenu que si les directions sont convaincues de la pertinence des actions proposées par le groupe d'action. Les directions s'engagent également à prioriser la démarche dans leurs équipes ou leur organisation. Toutefois, il convient non seulement de s'assurer de l'appui des directions en début de projet, mais aussi de la réaffirmer tout au long de la démarche pour éviter les glissements potentiels. Ce sont également ces gestionnaires qui devront assurer la pérennité des actions déployées qui s'avéreront concluantes. Bien qu'il existe des enjeux en lien avec la reddition de compte et les indicateurs dans le domaine des ITSS, des efforts doivent être déployés pour évaluer les actions mises en place. Non seulement cela permet d'évaluer l'efficacité de ces actions, mais aussi de favoriser la reconnaissance du travail des acteurs ayant pris part au projet.

Impliquer les acteurs concernés par la problématique dans la conception et la mise en œuvre des interventions

Une démarche inspirée de l'approche de la communauté stratégique constitue une occasion d'actualiser le travail en réseau. En ce sens, les projets pilotes ont montré toute la force d'inclure dès le début d'une telle démarche des partenaires du réseau pour qu'ils en soient partie prenante et qu'ils se sentent concernés.

Comme cela a été fait dans le cadre des projets pilotes, il apparaît pertinent de consulter, au moment de la réalisation du portrait initial, un grand nombre d'acteurs touchés par la problématique des ITSS provenant du réseau local de services et des directions concernées à l'intérieur du CISSS ou du CIUSSS. Cette diversité d'acteurs apporte de nouvelles visions des situations et des besoins, favorise leur appropriation de la démarche et stimule leur motivation à s'impliquer.

En cours de démarche, il s'avère important d'encourager la circulation de l'information auprès des acteurs du CISSS ou du CIUSSS et des partenaires du réseau susceptibles d'être concernés par les actions qui seront déployées par le groupe d'action. Cela permet de les informer le plus tôt possible

des changements à venir, et potentiellement de solliciter leur participation à l'implantation du changement.

Enfin, au-delà de la consultation et de l'information, il apparaît primordial que certains acteurs stratégiques soient davantage impliqués dans la conception et la mise en œuvre des interventions de lutte contre les ITSS. Il s'agirait, entre autres, d'identifier les leviers nécessaires à l'intégration des médecins.

Développer une vision commune

L'évaluation a démontré la pertinence d'effectuer un portrait initial de la situation sur chacun des territoires ainsi que la valeur ajoutée des activités réalisées au sein des groupes d'action pour développer une vision commune et une dynamique favorable à la collaboration entre les participants. Bien que certains ressentent un malaise à s'accorder du temps pour développer cette vision commune dans un contexte de ressources limitées, il semble que le temps alloué à ces activités soit un des facteurs de succès de la démarche. Ces activités amènent les membres des groupes d'action à mettre en commun leur expertise pour réaliser des changements qui tiendront compte de la réalité de chacune des organisations participantes et des besoins de la population. En ce sens, il est utile d'établir dès le départ une vision commune très claire des attentes de chacun dans le projet, de la problématique sur le territoire et des besoins des personnes touchées par la problématique. Il est important que cette vision inclue les rôles attribués à chacun, ainsi qu'un vocabulaire commun.

Être accompagné

Le rôle joué par le conseiller-facilitateur constitue une des conditions ayant influencé positivement le déroulement de la démarche et l'implantation des actions retenues. Le fait que la démarche soit une priorité pour cette personne facilite grandement le processus. Son rôle de coordination, de liaison entre les différents acteurs concernés par la démarche et de soutien auprès des gestionnaires aide à créer un climat favorable à la collaboration et à initier rapidement des changements concrets. L'identification de cette personne doit être faite de façon réfléchie. On cherche une personne qui assurera une stabilité dans la démarche, qui croit en la valeur ajoutée du travail en partenariat et qui exercera un leadership rassembleur. Il serait souhaitable que cette personne ne soit pas directement concernée par la problématique et les services offerts, bien que les opinions soient partagées à ce sujet. Le fait que cette personne puisse avoir un point de vue plus détaché permet de porter un regard plus objectif et neutre sur le contexte et peut ouvrir la voie à de nouvelles possibilités. Une personne du CISSS ou du CIUSSS expérimentée en animation pourrait jouer ce rôle. Il pourrait aussi s'agir de la personne répondante en prévention des ITSS de la direction de santé publique, malgré qu'elle soit concernée par la problématique.

Tenir compte du contexte

Une fois les conditions essentielles réunies, il faut tenir compte du contexte et adapter la démarche en conséquence. Certains éléments peuvent influencer la durée de la démarche et l'intensité des rencontres, telle que l'ampleur des actions que l'on souhaite déployer. Puisque les milieux présentent des caractéristiques variées, il apparaît pertinent d'adapter certains aspects de l'approche et du processus. L'évaluation a mis en lumière certaines pistes d'adaptation possible en fonction de la réalité d'un territoire. Par exemple, les rôles de conseiller-facilitateur et d'animateur pourraient être assumés par une seule et même personne compte tenu des ressources disponibles sur un territoire.

L'AVENIR DE L'APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'évaluation des projets pilotes met en lumière que les participants ont grandement apprécié l'expérience vécue, l'approche de la communauté stratégique dans son ensemble, ainsi que les structures temporaires ayant été mises en place. De manière encore plus consensuelle, les participants ont exprimé la pertinence de l'accompagnement du conseiller-facilitateur et les efforts déployés pour développer la collaboration entre les partenaires. De plus, le fait de travailler de concert avec les membres des directions concernées par la démarche paraît un élément très positif. Il en ressort une perception positive quant à la pertinence d'implanter cette approche dans le réseau, particulièrement pour régler des enjeux qui concernent une diversité d'acteurs.

Or, bien que l'approche de la communauté stratégique soit pertinente et comporte une valeur ajoutée, son implantation concrète dans le contexte actuel du réseau représente un défi. Le réseau est continuellement confronté à un roulement de personnel important et à de nombreux changements qui en font un milieu complexe. Dans un tel contexte, il n'est pas facile de piloter une démarche de changement d'envergure. Cette réalité est amplifiée par le contexte de réorganisation majeure actuellement en cours dans le réseau. Cependant, cette réorganisation peut potentiellement offrir de nouvelles opportunités de collaboration parce que plusieurs établissements sont maintenant fusionnés (santé publique, centre de réadaptation en dépendance, centre jeunesse, etc.).

En conclusion, étant donné que le réseau devra faire mieux avec les ressources disponibles, l'approche de la communauté stratégique basée sur le « faire autrement » semble d'un intérêt certain, dans l'optique où elle contribue à décroïsonner le travail des acteurs et à le mettre au service des besoins concrets de la population. Toutefois, cette approche a évidemment ses limites et il reste à déterminer les manières de favoriser son implantation, c'est-à-dire l'adaptation de l'approche au territoire visé, à la problématique à résoudre et aux ressources disponibles, ainsi que son ancrage dans le contexte actuel de transformation du réseau.

RÉFÉRENCES

BOYER, G., et coll. (2014). *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*, Collection Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS, no 3, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 68 p.

BRYSON, J.M., B.C. CROSBY et M. MIDDLETON STONE (2006). « The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations : Propositions from de Literature », *Public Administration Review*, December 2006, p. 44-55.

ISHIKAWA, K. (2007). *La gestion de la qualité : Outils et applications pratiques*, Fonctions de l'entreprise, Dunod, 256 p.

LANDRY, R. (1993) « L'analyse de contenu », dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 337-359.

LÉVESQUE, J.-F., et coll. (2011). « Canadian Experts: Views of the Importance of Attributes within Professional and Community-Oriented Primary Healthcare Models », *Healthcare Policy*, vol. 7, p. 21-30.

MAKAMURERA, J., F. LACOURSE, Y. COUTURIER (2006). « Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives*, vol. 26, p. 110-138.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *L'Épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population*, 73 p.

PATTON, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3^e éd., Londres, Sage Publications, 589 p.

ROY, M., et coll. (2012). *Guide de mise en place d'une communauté stratégique pour améliorer la collaboration et l'organisation du travail interétablissements*, Sherbrooke, Chaire d'étude en organisation du travail, 91 p.

YIN, R. K. (2009). *Case study research : Design methods*, 4^e éd., Londres, Sage Publications, 240 p.