Soutenir l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovation grâce à des communautés stratégiques : leçons d'une expérience au Québec

*Strategic communities to support the emergence of an ecology of innovation
spaces: lessons from a Quebec experience*

Nassera Touati et Lara Maillet

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/pmp/11133>

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2017

Pagination : 247-266

ISBN : 978-2-7430-2384-3

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Nassera Touati et Lara Maillet, « Soutenir l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovation grâce à des communautés stratégiques : leçons d'une expérience au Québec », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 34/3-4 | 2017, mis en ligne le 01 novembre 2021, consulté le 07 décembre 2021.
URL : <http://journals.openedition.org/pmp/11133>

Soutenir l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovation grâce à des communautés stratégiques : leçons d'une expérience au Québec

03

► **Nassera Touati^a* et Lara Maillet^b**

^a *Professeure agrégée, ENAP, 4750 Henri Julien Montréal, Québec*

^b *Chercheuse d'établissement,
Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux,
1036 Belvédère Sud, Sherbrooke, Québec, J1H 4C4*

Résumé

Cette recherche s'intéresse au rôle d'une communauté stratégique, comme levier d'innovation. Une communauté stratégique est une « structure temporaire de collaboration inter-organisationnelle, composée de professionnels, de cadres de premier niveau, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer, à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail inter-établissements » (Roy *et al.*, 2011 : 5.). Elle s'efforce de mettre en place des espaces réflexifs (génération d'idées) et d'expérimentation (validation dans la pratique et évaluation), grâce à la création de frontières visant à renouveler les interactions entre acteurs. Notre étude vise à mieux comprendre comment et dans quelle mesure une communauté stratégique favorise l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovations donnant lieu à un changement de routines organisationnelles. En nous appuyant sur une étude de cas approfondie portant sur la lutte contre les infections transmises par le sang et le sexe, et sur la notion de travail institutionnel, nous montrons que l'émergence de cette écologie d'espaces passe par la mise en œuvre de différentes formes de travail institutionnel, dans différentes sphères (clinique et de gestion), de telle sorte que tous les acteurs concernés par le changement s'approprient une nouvelle vision et acceptent d'expérimenter de nouvelles façons de faire et d'apprendre à travers leurs actions. © 2017 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : communauté stratégique, écologie, espace d'expérimentation, espace réflexif, espaces d'innovation, travail institutionnel.

*Auteur correspondant : nassera.touati@enap.ca

Abstract

Strategic communities to support the emergence of an ecology of innovation spaces : lessons from a Quebec experience. This research focuses on the role of a strategic community, as a lever for innovation. A strategic community is a "temporary structure of inter-organizational collaboration, composed of professionals, first-level managers, general practitioners, medical specialists, representatives of community organizations, etc., whose mandate is to generate, put into practice and evaluate new ideas regarding inter-institutional work organization" (Roy *et al.*, 2011: 5.). It strives to set up reflexive spaces (idea generation) and experimental spaces (validation in practice and evaluation), through the creation of boundaries to renew interactions between actors. Our study aims to better understand how and to what extent a strategic community favors the emergence of an ecology of innovation spaces giving rise to a change in organizational routines. Based on an in-depth case study on the fight against blood and sex-transmitted infections, and on the notion of institutional work, we show that the emergence of this ecology of spaces requires the implementation of different forms of institutional work, in different spheres (clinical and management), so that all actors involved in change appropriate a new vision and agree to experiment with new ways of doing and learning.

© 2017 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keywords : strategic community, institutional work, innovation, ecology.

1. Problème et question de recherche

Si de nombreux analystes s'entendent pour dire que l'innovation dans les champs fortement institutionnalisés est possible grâce au pouvoir agentiel des acteurs, il n'en demeure pas moins qu'il y a un consensus sur la difficulté du changement (Zietsma et Lawrence, 2010).

En exploitant les travaux récents basés sur la notion d'espace (Zietsma et Lawrence, 2010), qui montrent comment les espaces peuvent favoriser le changement en protégeant les acteurs de la discipline institutionnelle, Bucher et Langley (2016) proposent une nouvelle explication de la production de changements de routines, requérant la coordination entre des acteurs interdépendants : ces changements résulteraient de l'interaction entre des espaces réflexifs (cf. changement à l'extérieur des routines) qui s'intéressent aux aspects ostensifs des routines et des espaces d'expérimentation (cf. changement à l'intérieur des routines), qui s'attaquent aux aspects performatifs. Lorsque l'on parle de changement à l'intérieur des routines, on parle de changement résultant d'ajustements dans l'action, qui s'inscrivent dans le cadre des activités quotidiennes des acteurs. Les changements à l'extérieur des routines résultent d'un recul par rapport au quotidien. Ainsi la notion « intérieur/extérieur » renvoie à la distance par rapport aux activités quotidiennes. Les espaces réflexifs cherchent à instaurer cette distance et cette réflexion sur les concepts, alors que les espaces d'expérimentation cherchent à s'ancrer dans les activités quotidiennes, en vue de tester les concepts dans la pratique.

En un mot, ces auteurs proposent une vision écologique des espaces d'innovation. Leurs contributions se situent à différents niveaux, parmi lesquels on peut citer (Bucher et Langley, 2016 : 610-611) : 1) leur proposition de la notion d'une écologie d'espaces d'innovation qui

nous permet de comprendre comment des changements « délibérés » peuvent être introduits, malgré l'encastrement des acteurs ; 2) leur caractérisation des espaces apporte une plus-value dans notre compréhension du phénomène à l'étude ; et 3) l'utilisation de la notion d'espaces met l'accent sur la nature collective des enjeux de changement de routines.

Ces auteurs nous invitent à poursuivre la réflexion, notamment pour analyser comment la constitution de ces espaces et leurs modes de fonctionnement affectent leurs interactions et les processus de changement et d'innovation (Bucher et Langley, 2016).

Le projet de recherche dont il est question dans cet article vise à répondre à cet appel. Il est ancré dans le contexte du secteur de la santé caractérisé par une très forte inertie (Kuipers *et al.*, 2014).

Plus précisément, nous nous intéressons à l'impact de la création de communautés stratégiques (CS), en termes d'émergence d'une écologie d'espaces d'innovation. Concrètement, les CS sont des « structures temporaires de collaboration inter-organisationnelle, composée de professionnels, de cadres de premier niveau, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer, à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail inter-établissements » (Roy *et al.*, 2011 : 5.). Ces CS privilégient une approche de changement ascendante, tout en étant soutenue par les paliers supérieurs de gouverne. Elles mettent en place des espaces réflexifs (génération d'idées) et d'expérimentation (validation dans la pratique et évaluation), grâce à la création de frontières visant à renouveler les interactions entre acteurs. Pour favoriser l'implantation des changements, la CS est soutenue par un comité de gestion renvoyant au niveau stratégique de la prise de décision. Ce comité de gestion joue un rôle déterminant dans la mesure où la réflexion sur la pertinence et la faisabilité des idées générées par la CS se poursuit dans le comité de gestion. De même, il devrait veiller à la mise en place des conditions nécessaires à l'expérimentation des nouvelles façons de faire et à la diffusion de ces dernières, après évaluation et correctifs.

La question de recherche posée est : Dans quelle mesure et comment une communauté stratégique impliquant des établissements de santé, des organismes communautaires et des médecins en pratique privée, favorise-t-elle l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovations donnant lieu à un changement de routines organisationnelles ? Notre analyse contextualisée du « comment » se fait, à travers la mise en évidence des formes de travail institutionnel mises en œuvre.

2. Contexte de l'étude

Notre étude, réalisée entre 2014 et 2016, se situe dans le contexte du système socio-sanitaire québécois et couvre une période charnière de l'évolution du système, située autour d'une réforme majeure introduite en 2015.

L'État y agit comme principal assureur et administrateur de la gamme de services. Jusqu'en avril 2015, des rôles étaient aussi attribués à des agences régionales, en l'occurrence des fonctions de santé publique, de coordination des réseaux locaux de services à l'échelle régionale, et d'allocation des budgets aux établissements (ces budgets ne couvrent pas les services médicaux, sachant que les médecins sont des travailleurs autonomes payés à l'acte). Au palier local, des centres de santé et de services sociaux (CSSS), créés en 2004,

sont responsables de la santé de la population de leur territoire et à ce titre doivent offrir en collaboration avec d'autres partenaires du réseau local de service une large gamme de services, de façon coordonnée. De par leur responsabilité populationnelle, les CSSS sont aussi amenés à agir sur un ensemble de déterminants de la santé et sont donc appelés à développer des collaborations intersectorielles, entre autres avec les organismes communautaires.

En avril 2015, une réforme introduite par la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a complètement transformé ce dernier : les agences régionales ont été abolies, des centres intégrés de santé et de services sociaux ont été créés (CISSS ou CIUSSS), issus de la fusion des agences régionales et des établissements de la région, et les pouvoirs du ministère de la Santé ont été substantiellement renforcés. En plus, cette restructuration s'est faite dans un contexte de restrictions budgétaires et de réduction du nombre de cadres.

La CS étudiée ici fait suite à un rapport publié par le ministère de la Santé en 2010, qui révèle une épidémie silencieuse d'infections transmises par le sang et le sexe (ITSS), due à une baisse de garde. Aussi, on en appelle à un renouvellement des pratiques et à un renforcement des partenariats autour de la lutte contre cette épidémie. Dans cette optique, le ministère soutient le développement de projets pilotes pour expérimenter de nouvelles façons de faire et propose une démarche novatrice en matière de gestion du changement, en l'occurrence une approche ascendante, structurée par les travaux d'une CS. La CS est accompagnée par deux acteurs, ayant été formés à l'approche et « cooptés » à cause de leur expérience passée en matière d'accompagnement de CS : 1) un conseiller-facilitateur qui guide la réalisation de chacune des étapes de la démarche. Il facilite la mise en œuvre des changements visés ; 2) un animateur prépare et anime, en collaboration avec le conseiller-facilitateur, les rencontres en veillant à la progression harmonieuse et efficace des travaux. Tous les deux ne sont pas des employés de l'organisation ciblée pour les projets pilotes.

Notre étude concerne un projet qui s'est déroulé dans un territoire de l'Île de Montréal. Le CSSS A est responsable de la coordination des services en matière d'ITSS dans ce territoire : plus spécifiquement, la direction « famille enfance-jeunesse et santé publique » a été la porteuse du dossier.

Le projet a débuté par un diagnostic approfondi sur l'organisation de services, réalisé avant le démarrage des travaux de la CS. Ce diagnostic mettait à jour un certain nombre de problèmes parmi lesquels la difficulté d'accès à des services, en raison de l'inadéquation de l'offre de services et des lacunes dans les trajectoires de services, entre autres au niveau des collaborations médecins-infirmières.

Partant de ce diagnostic, la CS a décidé d'améliorer les services de 1^{re} ligne. Pour soutenir ces travaux, et en accordance avec les principes de l'approche, un comité de gestion a été mis sur pied.

3. Cadre d'analyse

Plusieurs travaux montrent le rôle des routines dans les processus de changement (Feldman et Pentland, 2003 ; Pentland *et al.*, 2012 ; Habib et Krohmer, 2014). La notion de routine désigne les modèles répétitifs et repérables d'actions interdépendantes, impliquant de nombreux acteurs (Feldman et Pentland, 2003 : 96). Feldman et Pentland (2003) proposent de distinguer les aspects ostensifs des routines ; des aspects performatifs afin de mieux comprendre pourquoi les routines

peuvent être des sources de stabilité mais aussi de changement. Les aspects ostensifs renvoient aux structures et aux règles qui encadrent l'action c'est-à-dire les aspects schématiques de la routine. Les aspects performatifs renvoient aux aspects spécifiques et contextualisés de la routine dans la pratique c'est-à-dire les actions spécifiques d'acteurs, à des moments spécifiques. Ces auteurs proposent que « *the ostensive aspect enables people to guide, account for, and refer to specific performances of a routine and the performative aspect creates, maintains, and modifies the ostensive aspect of the routine. The relationship between ostensive and performative aspects of routines creates an ongoing opportunity for variation, selection, and retention of new practices and patterns of action within routines and allows routines to generate a wide range of outcomes, from apparent stability to considerable change* ». (p. 94). Autrement dit, le changement se produit à même la performance des routines. Plusieurs études empiriques (exemple, Salvato, 2009 ; Rerup et Feldman, 2011) se sont inspirées de cette vision théorique pour montrer comment le changement résulte d'ajustements dans l'action. En partant de la prémisse que les variations peuvent aussi être générées de l'extérieur des routines, plusieurs études se sont évertuées à saisir comment certaines approches de changement peuvent permettre de développer de nouveaux concepts (aspects ostensifs de nouvelles routines). À titre d'exemple, les travaux d'Edmondson *et al.* (2001) ont mis en évidence l'utilité de certains « lieux en dehors du quotidien des activités courantes », comme dispositifs d'apprentissage et de développement de nouvelles routines. De même, les travaux d'Obstfeld (2012) ont aussi montré comment des projets créatifs ont initié de nouvelles relations entre acteurs et de nouvelles actions visant un changement dans les routines.

Au-delà de l'apport de ces travaux, Bucher et Langley (2016) mettent en évidence leurs limites, à savoir qu'ils ne répondent pas à la question suivante : comment les changements opérés de l'interne conduisent-ils à des changements au niveau des aspects ostensifs des routines et comment les changements opérés de l'externe mènent-ils à des changements au niveau des aspects performatifs des routines ? Ces questions renvoient au paradoxe de l'acteur encastré ou encore de la récursivité de l'action et de la structure (Seo et Creed, 2002).

En mobilisant la notion d'écologies d'espaces d'innovation, basés sur l'interaction entre des espaces réflexifs et d'expérimentation, Bucher et Langley (2016) fournissent une réponse à ce paradoxe et nous invitent à mieux comprendre comment la constitution de ces espaces et leurs modes de fonctionnement favorisent (ou non) l'émergence d'innovations. Nous nous proposons de contribuer à cet agenda de recherche en nous attardant sur l'analyse des processus découlant des travaux de la CS et du comité de gestion visant à changer les routines organisationnelles en matière de lutte contre les ITSS. Pour cela, nous nous intéresserons à ce que font concrètement les acteurs. Notre approche s'inspire des travaux d'Edmondson *et col.* (2001) qui ont examiné les processus pouvant mener à un changement de routines (considéré comme un « outcome » des processus), en focalisant sur les actions de certains acteurs. Pour cela, nous mobiliserons la notion de travail institutionnel, définie comme étant « les efforts des individus et des acteurs collectifs pour affronter, persévérer, consolider, déstabiliser, démolir, s'immiscer dans, transformer et créer de nouveau les structures institutionnelles dans lesquelles ils vivent, travaillent, évoluent et qui leur confèrent rôles, relations, ressources et routines » (Lawrence, Suddaby et Leca, 2009 : 53). Cette notion « rend mieux compte de la pluralité des activités entreprises par différents acteurs vis-à-vis des institutions. Elle permet de s'émanciper de la figure de l'entrepreneur institutionnel héros, pour prendre acte de la dimension collective du processus de changement. Le travail institutionnel s'attarde sur les

activités intentionnelles des acteurs, et qui nécessitent un effort de leur part » (Ben Slimane et Leca, 2009 : 59). En effet, « pour qu'il y ait travail institutionnel, il faut qu'il y ait de la part des acteurs qui le mettent en œuvre une réflexivité suffisante vis-à-vis de l'institution pour réaliser que celle-ci est une construction sociale » (Ben Slimane et Leca, 2010 : 64). Nous verrons que ce travail institutionnel consiste notamment à créer des espaces pour renouveler les interactions entre acteurs. Notre caractérisation des espaces a trait aux différents types de frontières qui leur sont associés. Par frontières, nous entendons les distinctions entre objets, gens, activités (Lamont et Molnar, 2002). Ces distinctions peuvent concerner les rôles professionnels, les schèmes de pensée, l'identité, etc. Bucher et Langley (2016) suggèrent de nous attarder sur quatre types de frontières, ayant tous la même importance : les frontières sociales (quels sont les acteurs inclus dans les espaces ?), temporelles (quelle est la durée des travaux des espaces ? leur récurrence ?), physiques (localisation des espaces), et symboliques (les marqueurs déterminant le type d'interactions incluses dans les espaces).

4. Méthodes

Notre stratégie de recherche est une étude de cas longitudinale (Stake, 1995), réalisée entre novembre 2014 et novembre 2016. La période de l'étude s'étend de mai 2013 à novembre 2016. Le choix de cette stratégie se justifie par le fait qu'elle est particulièrement adaptée pour comprendre un phénomène dans son contexte, et pour répondre aux questions de type pourquoi et comment. L'analyse longitudinale vise ici : 1) à mieux comprendre les processus de constitution des espaces, tout en les caractérisant 2) les processus en œuvre à l'intérieur et à l'extérieur des espaces suite à la constitution des espaces (en l'occurrence le travail institutionnel en œuvre) 3) les dynamiques d'acteurs découlant de ces processus, et 4) les éventuels impacts sur le changement de routines.

La réalisation de cette recherche s'est appuyée sur 28 entrevues semi-dirigées avec 24 répondants (certains ayant été rencontrés à deux reprises), en l'occurrence : les membres de la CS et du comité de gestion (17) ; l'acteur facilitateur (2) ; l'animateur de la CS (1) ; les gestionnaires/professionnels du CSSS concernés par la lutte contre les ITSS (5) ; des représentants d'organisations partenaires approchés par les porteurs de dossiers (3). Il est important de noter qu'il n'a pas toujours été possible d'avoir le point de vue des partenaires, qui n'ont pas embarqué dans le projet pilote ; ce qui constitue une des limites de notre recherche. Dans le cadre de ces entrevues, nous avons questionné les répondants sur leurs perceptions des enjeux liés à la lutte contre les ITSS, sur leur compréhension du projet pilote, sur leur rôle, sur le fonctionnement des comités, sur leur perception de la pertinence des recommandations de la CS, sur les difficultés rencontrées, sur les efforts déployés pour surmonter ces difficultés, etc. Toutes les entrevues (à l'exception de 3) ont été transcrites et codées à l'aide de Nvivo10. Notre codage a adopté une approche inductive et déductive, basé sur notre grille d'entrevue. Les cinq premières entrevues ont été codées par les deux auteures et un assistant de recherche pour assurer la fiabilité du processus de recherche.

Cette source de données a été complétée par une analyse documentaire (compte rendu des rencontres, notes prises par les animateurs des rencontres, artefacts du changement tels que les projets d'ententes entre organisations) et par l'observation des réunions de la CS et du comité de gestion (21 heures d'observation).

L'ensemble de ces données a fait l'objet d'une analyse processuelle (Langley, 1999), qui a été conduite en parallèle à la collecte des données. Les étapes de l'analyse se résument comme suit : Nous avons d'abord construit un narratif (en croisant les différentes sources de données recueillies) pour aboutir une description riche de ce qui s'est passé. Nous nous sommes attardées sur les acteurs, les processus et les événements survenus pendant la période examinée ; le tout prenant en considération le contexte dans lequel s'inscrit le processus de changement. Nous avons ensuite recouru à une stratégie de découpage temporel afin de saisir comment les actions des acteurs à une étape donnée changent le contexte d'action à une étape ultérieure. Dans un troisième temps, nous avons procédé à une analyse de deuxième niveau, basée sur notre cadre d'analyse : pour chaque phase du processus identifié à l'étape 2, nous nous sommes efforcées d'analyser le travail institutionnel des acteurs. Notre analyse empirique nous a permis de repérer des formes de travail institutionnel déjà identifiées dans la littérature scientifique et d'en découvrir de nouvelles.

5. Résultats

Les travaux de la CS ont consisté dans un premier temps en la mise en place d'espaces réflexifs pour élaborer une nouvelle vision en matière d'organisation de services pour la lutte contre les ITSS, qui ont en octobre 2013, débouché sur une proposition jugée novatrice (Phase 1). Les efforts pour son implantation ont été amorcés dès novembre 2013 (Phase 2). En parallèle à ces efforts, les espaces réflexifs ont été maintenus. La restructuration du réseau de la santé, survenue en mars 2015, a eu un impact majeur sur le processus de changement (Phase 3). Ceci a contribué au fait que les nouvelles façons de faire n'ont pas été expérimentées.

Phase 1 : Mise en place d'espaces réflexifs pour élaborer une nouvelle vision en matière d'organisation de services pour la lutte contre les ITSS (mai 2013-octobre 2013)

Délimiter des espaces : un travail sur les frontières

Au début des travaux de la CS, les efforts des porteurs du dossier, en l'occurrence le responsable de la direction « Famille enfance jeunesse-santé publique » et son coordonnateur, ont porté sur la constitution de deux espaces réflexifs l'un impliquant essentiellement les intervenants de première ligne, provenant de la sphère clinique (espace 1) et l'autre les acteurs de la sphère de gestion (espace 2). Les deux espaces visent respectivement à : 1) proposer une nouvelle vision en matière d'organisation de services ; 2) à la valider et à réfléchir aux enjeux d'implantation. Ainsi la délimitation de ces espaces constitue un travail sur les frontières dans la mesure où il s'agit de protéger les acteurs de la discipline institutionnelle, en leur conférant une certaine autonomie d'action (Gieryn, 1983).

Les caractéristiques des espaces et leur impact sur la dynamique des acteurs

Frontières sociales : En s'appuyant sur les principes de l'approche populationnelle (cf. contexte de l'étude), la constitution des espaces réflexifs s'est efforcée de concrétiser le principe du partenariat ; en sollicitant des organisations externes. Les porteurs de dossiers ont aussi cherché à préserver un certain équilibre de pouvoir entre le milieu institutionnel (CSSS) et le milieu communautaire ; et, à ce titre, ont veillé à ce que le nombre d'acteurs du CSSS « recru-

tés » ne surpasse pas le nombre d'intervenants provenant des organismes communautaires. Ils ont aussi écarté les organisations envers qui ils se méfiaient à cause de leur historique de collaboration. Les intervenants de première ligne cooptés dans la CS devaient avoir une bonne connaissance de la problématique des ITSS ou appartenir à des organisations qui pouvaient avoir un rôle important en matière de lutte contre les ITSS. Ainsi, deux représentants d'organismes communautaires fortement interpellés par la problématique en question, de par leur mission, ont été présents et actifs dans ce comité. Un médecin, en pratique privée, faisant de la recherche dans le domaine des ITSS, a aussi été coopté. Outre ces partenaires, des intervenants du CSSS ont participé aux travaux : des infirmières de différentes directions, une conseillère en promotion de la santé, un coordonnateur de la direction « santé publique ». En raison de la sensibilité du sujet (ITSS) qui fait que les usagers sont peu ouverts à en parler, les porteurs de dossiers ont jugé qu'il était difficile de recruter des représentants d'usagers au sein de la CS.

La mise sur pied de l'espace 2 s'est confrontée à plus de difficultés. En effet, les porteurs de dossiers ont tenté de mobiliser plusieurs partenaires, qui peuvent, selon eux, contribuer à la lutte contre les ITSS. Ils ont approché l'hôpital du territoire, un centre de protection de la jeunesse, plusieurs organismes communautaires, des écoles, etc. Seuls les deux organismes communautaires susmentionnés, ont accepté de collaborer. Les autres partenaires ne se sont pas montrés intéressés, en raison entre autres, de leurs priorités et de leur perception de l'importance de l'enjeu. Outre les gestionnaires des deux organismes communautaires, les porteurs de dossier, le conseiller-facilitateur et une autre gestionnaire du CSSS (chef de programmes) ont participé à cet espace.

Il est important de noter que certains acteurs ont été impliqués dans les deux espaces, notamment les cadres de premier niveau.

Frontières symboliques : par sa dénomination même, la CS, véhicule une charge symbolique forte, puisque ses membres, des personnes travaillant auprès de la clientèle visée, se voient confier, par la haute direction des établissements concernés, le mandat de concevoir, mettre en œuvre et évaluer des projets d'amélioration sur un continuum de soins et services déterminé. Cette approche de gestion du changement ascendante et reposant sur une collaboration de plusieurs organisations est, selon les répondants, atypique dans le réseau de santé québécois. Cette approche représente aussi un défi majeur pour les gestionnaires participant à l'espace réflexif : les personnes habituées de décider doivent se placer en soutien et recevoir avec ouverture des projets qui viennent de la base.

Frontières physiques : Les rencontres associées aux espaces réflexifs se sont déroulées alternativement dans les locaux du CSSS et des organismes communautaires, de telle sorte que tous les participants ont pu visiter les différents lieux et mieux comprendre leur réalité.

Frontières temporelles : La CS est une structure temporaire de collaboration dont le mandat s'est déroulé sur deux ans. Le rythme des rencontres a été assez soutenu durant la première année pour faire avancer les travaux. Les frontières temporelles de l'espace 2 sont déterminées par la structure ascendante de fonctionnement de la CS : les rencontres s'arriment sur les besoins d'approbation des travaux de la CS.

Notre analyse des données suggère que ces frontières ont joué un rôle déterminant dans la dynamique créée au sein des espaces. En effet, la co-localisation d'acteurs (frontières sociales) permet aux participants de mieux comprendre les routines organisationnelles dans leur globalité grâce à la visualisation de l'ensemble du continuum de services et de déceler ainsi les lacunes au niveau de la prise en charge.

Quand on est arrivé au début du projet ITSS, je n'étais même pas consciente de tout ce qui se faisait, puis on se recoupe ; on se contredit pas nécessairement mais on se dédouble, on perd de l'énergie à faire plein de choses en même temps. (participant à la CS)

Les frontières physiques ont aussi permis une meilleure compréhension des rôles des différents partenaires et des contraintes qui leur sont rattachées.

Ce qu'on a fait aussi c'est de tenir des réunions une fois à l'organisme X et une autre fois à l'organisme Y, ça fait que là ils étaient chez eux, c'est eux qui nous recevaient. Ça fait que ça aussi, je pense que ça a eu un impact sur la dynamique. (participant à la CS)

Le caractère novateur de l'approche de gestion de changement (frontières symboliques) a été un levier de motivation important :

Et ça a bougé. Ça a bougé, on le voit, là, ça s'en vient. Et même la démarche, juste que tous les partenaires soient impliqués, c'est un projet commun, là ; ce n'est plus le CSSS, ce n'est pas juste l'organisme communautaire, ce n'est pas juste les écoles, c'est un projet commun. Veut, veut pas, ce projet nous appartient à tous. On va en prendre soin parce qu'on a travaillé fort pour l'avoir. (participant à la CS)

Enfin, les frontières temporelles ont fait en sorte que les acteurs étaient disposés à s'engager dans de nouvelles interactions. Le rythme des rencontres a fait en sorte que les participants ont perçu un réel soutien.

Nous on se rencontrait ; il y avait des objectifs très précis. Ils nous accompagnaient comment cibler les besoins, mais aussi vers où on veut s'en aller. Mais ça facilitait aussi le processus de... Et après, il y avait toujours des rencontres du groupe d'action. Ça retournait vers les gestionnaires, ça revenait et il y avait le lien qui était toujours fait. (participant à la CS)

Les processus en œuvre dans les espaces réflexifs

Au début du processus, le conseiller-facilitateur et l'animateur accompagnant les travaux de la CS se sont donnés comme mandat de travailler sur la construction du groupe, en déployant plusieurs activités : régulation des tours de parole ; valorisation de la diversité des membres et de leur contribution à la trajectoire ; gestion des attentes ; partage des valeurs ; élaboration d'un contrat de groupe ; évaluation périodique de la satisfaction des membres ; etc. Tout ce travail a développé le sens d'appartenance au groupe :

En tout cas, moi au début ça m'intimidait un peu d'arriver là, puis en plus pas beaucoup d'expérience sur le terrain, puis un travail qui est pas tellement reconnu non plus, puis finalement je me suis sentie quand même partie du projet ; puis de faire des sous-groupes et de ramener en plénière tout ça, ça fait partie de l'organisation et ça fait que tout le monde peut plus s'exprimer. Et on a beaucoup validé aussi. On validait tout le temps. Ce n'était pas, O.K., on en a parlé, c'est réglé. Le conseiller facilitateur ramenait, mettons, « ça fait que là dans le fond on a dit ça ; est-ce que c'est vraiment ça que vous vouliez dire ? » Tu sais, on clarifie, ce mot là veut dire quoi ? Même dans les définitions. Je pense que c'est important. Ça a pas été trop rapide et lancé comme ça. (participant à la CS)

Au-delà de la construction d'une dynamique de groupe positive, il est vite apparu pour la CS que l'un des enjeux pour soutenir l'avancée des travaux est de renforcer la connaissance mutuelle des rôles organisationnels et professionnels. Aussi à chaque rencontre, un participant était invité à présenter son organisation ou sa profession. Les résultats de notre analyse suggèrent que la connaissance mutuelle s'est améliorée.

Les enjeux, c'est aussi d'arrimer des gens très différents, avec des conceptions différentes, puis on va du plus grand groupe au plus petit individu dans ce sens-là. Ce qui veut dire que tu as besoin de connaître c'est qui les gens avec qui tu vas travailler. J'ai vu des choses horribles, moi, où un médecin disait, « on ne travaille pas avec ça », le « ça » étant un individu assis dans la salle d'attente. Ça fait que quand tu fais ça et tu vois ça, tu dis, aye, j'ai vraiment un gros travail d'éducation à faire. Tu disqualifies pas le médecin parce que tu ferais la même chose que lui. Ça fait que dans ce sens-là ce projet-là permet d'aiguiser des contradictions, pour ceux qui veulent bien se laisser aiguiser la contradiction. Et ça, c'est l'enjeu principal, à mon avis. (participant à la CS)

L'essentiel des efforts s'est orienté ensuite sur le travail sur le mandat, en l'occurrence le développement d'une nouvelle vision en matière d'organisation de services pour la lutte contre les ITSS. Une démarche structurée a été empruntée par le conseiller facilitateur : après un bref retour sur le diagnostic réalisé avant le début des travaux, et l'animation d'un jeu permettant d'illustrer la difficulté de contrôler la propagation des ITSS et donc de l'importance d'un renforcement de la lutte, pour une mise en contexte, les participants ont travaillé, en s'appuyant sur le diagramme d'Ishikawa, sur l'identification des principaux problèmes liés à la prise en charge des ITSS et de leurs causes. Il s'agissait ensuite de s'attaquer au problème perçu comme étant le plus crucial par le groupe, en l'occurrence l'accessibilité des services de 1^{re} ligne, et à ses « causes prioritaires ». Pour centrer les réflexions sur les besoins de la population desservie, et pour rendre les choses plus concrètes, le conseiller facilitateur a proposé une activité de conception de personnages, devant traduire la complexité des besoins des populations desservies. L'objectif de l'activité est de discuter de leur cheminement dans le système, tel qu'il se vit « actuellement » et tel qu'il devrait se faire dans l'idéal. Cet exercice a été particulièrement apprécié par les participants à l'espace réflexif

Les personnages c'était vraiment de pouvoir voir, de se dire, tiens, c'est une vraie personne qui est ici ; on est parti de ce qu'on vivait et voici. « Prenez un cas qui vous est arrivé et voyez la trajectoire de ce cas-là quand il arrive à nos portes », et là on s'est rendu compte que ça a aucun sens, il y a tellement de lacunes. La personne arrive, déjà juste à la réception il y a un problème qui se passe là. Donc ça a permis de voir aussi au niveau interne une personne qui appelait pour se faire dépister et qu'est-ce qui se passe à partir du moment où elle appelait ou elle venait ici. (participant à la CS)

Toujours dans l'optique de soutenir la réflexivité des participants, le conseiller facilitateur a présenté plusieurs expériences réalisées dans d'autres contextes, perçues comme novatrices. Après cela, les participants, ont été invités, à faire une activité de « brainstorming » pour générer des idées de solutions, lesquelles devaient être catégorisées et évaluées selon des critères adoptés par les participants. L'étape de priorisation de ces solutions s'étant révélée non concluante, dans la mesure où les solutions semblent toutes reliées entre elles, il a été proposé par le conseiller facilitateur d'implanter une solution, « globale », en l'occurrence la mise sur pied d'une clinique de santé sexuelle. Cette proposition a suscité l'enthousiasme et a été très structurante pour la suite des travaux.

Dans les faits, on a fait cette liste-là, on s'est retrouvé avec une très, très grande liste et là avec l'impossibilité de choisir là-dedans qu'est-ce qu'on avait fait ; il y avait des petites affaires, des plus grosses affaires. C'était complètement disparate, et là on cherchait ça va être quoi notre projet à partir de cette liste-là. Et ça, moi, comme personne qui avait du recul, je leur ai dit, « est-ce que vous pensez qu'il y a une clinique qui donnerait

accès? » Après ça, le projet, ils sont partis et ils l'ont défini. J'ai comme... donné l'élan. Oui, parce que ça sortait pas. En fait, je me rappelle de telle personne a dit, « bien là, ça serait réaliser un rêve. (conseiller facilitateur)

Les travaux de l'espace réflexif ont ainsi abouti à la proposition de nouvelles façons de faire, qui renvoient à trois stratégies : 1) développement des interventions de proximité, pour mieux rejoindre les populations vulnérables qui ne se déplacent pas pour obtenir des services. 2) Déploiement d'activités de promotion de la santé sexuelle, prenant en considération le profil particulier de la clientèle ciblée. 3) Amélioration de l'accessibilité des services (bio-psycho-sociaux), en mettant sur pied une clinique de santé sexuelle pour l'ensemble de la population : l'enjeu étant de bonifier l'accessibilité aux services médicaux pour les cas symptomatiques.

Ces nouvelles façons de faire sont perçues comme novatrices par les acteurs ayant participé aux espaces réflexifs dans la mesure où elles : 1) créent une synergie entre les rôles des organismes communautaires et des établissements de santé, 2) elles sont particulièrement adaptées au profil de la clientèle concernée de par les efforts d'intégration et de développement de services de proximité.

On va pouvoir commencer à cibler des gens qu'on ne pourrait pas cibler autrement ; on va pouvoir aller dans des lieux, soulever la couverture de certains milieux, de certaines populations plus touchées que c'est plus sacré intime. Donc je pense qu'on va pouvoir aller mettre de la lumière sur certaines populations et certains comportements. Ça va être quelque chose ; il va falloir bien travailler ensemble pour vrai, bien concerter tout ça. Mais pour moi, je vois pas autrement. Et à l'international, j'ai vu des choses similaires et c'est la seule façon que ça peut fonctionner. (participant à la CS)

Il faut savoir aussi que ces nouvelles façons de faire impliquent, du point de vue des porteurs des dossiers, des changements de pratiques organisationnelles importants, telles que la nécessité de revoir les horaires d'ouverture pour améliorer l'accès aux services, la nécessité de renforcer la collaboration entre directions du CSSS pour couvrir l'ensemble de l'offre de services, etc. Le changement de pratiques professionnelles représente aussi un grand défi.

Pour valider la pertinence de ces stratégies et pour préciser la teneur de l'intervention, les acteurs se sont attelés, sous le leadership d'un membre du groupe, à consulter la littérature présentant des expériences similaires et à concevoir deux schémas, résumant l'ancienne trajectoire des soins et services et la nouvelle trajectoire. Ceci a permis de « s'assurer » que la nouvelle organisation de services peut effectivement répondre aux problèmes identifiés à l'étape de diagnostic.

Il a fallu aussi s'entendre sur la définition de la clientèle cible et donc sur la définition de la vulnérabilité ; ce qui a nécessité de réconcilier les visions initiales, assez différentes :

Je pense que, comme je disais tout à l'heure, les difficultés qu'on a rencontrées sont beaucoup liées avec les enjeux actuels de la réponse aux ITSS. Donc déjà de développer un objectif commun, juste un objectif commun de l'implantation de cette clinique-là, ça a été quand même quelque chose de très important comme difficulté, parce que déjà au niveau de la définition de la vulnérabilité, c'est encore comme ça ; au niveau de la santé publique ils ont une définition, au niveau des organismes communautaires ils ont une autre définition, puis au niveau des CSSS on a une autre définition. Donc là on était face à trois définitions différentes pour une population qu'on veut rejoindre. (participant à la CS)

En définitive, il apparaît qu'un travail technique a été au cœur des activités à l'intérieur des espaces réflexifs (Perkmann et Spicer, 2008, p 818) « consistant en la construction de

modèles mentaux et de visions partagées du monde : le bricolage, les catégorisations, la schématisation des causes-effets, les projections sont des éléments concrets de ce travail ». Ce travail technique passe par le développement de connexions entre acteurs interdépendants, assumant différents rôles et ayant des schèmes de pensée différents : un travail sur les frontières (Gieryn, 1983) a donc été essentiel à la réalisation de ce travail technique.

Il apparaît également que le rôle du conseiller facilitateur (et de l'animateur) a été perçu comme très utile, entre autres, parce qu'il contribue à une meilleure compréhension mutuelle des enjeux, et à la créativité du groupe.

Le facilitateur nous amène des schémas, des trucs, des analyses plus pointues qui nous permettent de prendre un recul et dire, « ah, oui, il y a ça ; ah, ça fonctionne de telle façon ? Ah, on voyait pas ça de même, mais c'est intéressant. (participant à la CS)

Phase 2 : Amorce du processus d'implantation et poursuite des travaux à l'intérieur et à l'extérieur des espaces réflexifs (novembre 2013-Mars 2015)

Les processus en œuvre dans les espaces réflexifs

Avant d'amorcer l'implantation de la nouvelle organisation de services, l'approbation des gestionnaires impliqués dans l'espace réflexif (espace 2 - sphère de gestion) était « nécessaire ». Aussi, les acteurs engagés dans les deux espaces se sont efforcés dans un premier temps de présenter le portrait épidémiologique du territoire, le diagnostic en matière d'organisation de services. Le fruit de la réflexion des intervenants de première ligne a aussi été dévoilé et la raison d'être de la clinique de santé sexuelle a été expliquée. La mobilisation des histoires des personnages, des schémas résumant la trajectoire actuelle et projetée des soins et services a soutenu le plaidoyer pour la création de la clinique. Ce travail de théorisation, en l'occurrence « le développement et la spécification de catégories abstraites et l'élaboration de chaînes causes à effet » (Greenwood *et al.*, 2002) a permis de légitimer la nouvelle intervention auprès des participants à l'espace réflexif. Les échanges au sein de l'espace ont permis aussi de revoir certains aspects de l'intervention proposée.

Plus fondamentalement, les travaux au sein de l'Espace réflexif 2 (gestion) ont porté sur les enjeux d'implantation de la clinique : les participants ont cherché à anticiper les difficultés qui pouvaient compliquer la mise en œuvre de la solution proposée, telles que l'ouverture au changement des écoles, le défi du leadership médical, l'adhésion des syndicats, etc. Chacune de ces difficultés a fait l'objet d'une réflexion ; en vue d'identifier des solutions possibles, qui ont été notamment suggérées aux porteurs du dossier. Un travail sur l'ancrage stratégique de la nouvelle organisation de services a ainsi été au cœur des activités de cet espace réflexif. Défini simplement, ce travail consiste à planifier l'implantation d'un changement, en s'attardant sur les enjeux de faisabilité et d'acceptabilité sociale.

En parallèle à ces réflexions, les travaux au sein de l'espace 1 (intervenants de 1^{re} ligne) se sont poursuivis, en vue de consolider le projet de changement. Des comités de travail ont été constitués pour formaliser les principes du partenariat (rédaction d'un cadre de référence), les rôles de chacun des partenaires (ententes de partenariat), les mécanismes de contrôle (indicateurs de performance pour la clinique), l'offre de services dans le territoire, etc. Les résultats intermédiaires de ces travaux ont aussi été soumis à l'attention de l'espace 2, pour validation/enrichissement. De ce fait, le travail structurel a marqué cette étape. Ce dernier consiste à

redessiner l'organisation de façon à positionner les acteurs du changement dans les domaines stratégiques et opérationnels (Cloutier *et al.*, 2016). Ce travail s'est révélé aussi exigeant dans la mesure où il a mis en évidence des tensions entre différentes visions, qu'il a fallu réconcilier :

Quand je suis arrivée, on parlait d'un projet de clinique de santé sexuelle, une clinique intégrée de santé sexuelle. Suite à ça, on s'est rencontré avec le représentant de l'organisme communautaire pour pouvoir travailler une entente de partenariat. En discutant avec lui, j'ai vraiment essayé de comprendre un peu sa vision des choses parce que là elle était complètement différente. La clinique intégrée de santé sexuelle, pour une grande partie du groupe c'était le projet global en soi, qui venait intégrer tout ce qui est la promotion, la prévention, dépistage, traitement, suivi, etc. Et c'était une clinique dont tous les partenaires de façon égale étaient parties prenantes. Mais en discutant avec notre partenaire communautaire, non, non, non, c'était pas ça. La clinique c'était un lieu physique au CLSC et les autres partenaires étaient partenaires, collaborateurs et qu'il devait y avoir des ententes de collaboration. De là a émané tout un débat, une discussion, Et finalement après plusieurs discussions, j'ai essayé de cerner un peu la vision de la chose, ça fait que c'est pour ça qu'on est plus vers un projet d'intégration de soins et de services en santé sexuelle avec différentes stratégies. (participant à la CS)

Les processus en œuvre à l'extérieur des espaces réflexifs (c'est-à-dire auprès des acteurs n'ayant pas participé aux travaux de la CS)

Conscients des enjeux liés au changement de pratiques, les porteurs de dossiers, en accord avec les autres membres de la CS, ont démarré à cette étape, en collaboration avec d'autres acteurs du CSSS, un projet de formation des infirmières scolaires pour qu'elles soient en mesure de dépister les ITSS auprès des jeunes. L'acquisition de nouvelles connaissances cliniques représente un défi majeur pour les infirmières scolaires.

Les infirmières scolaires, c'était des infirmières qui vaccinent mais qui ne font plus vraiment d'examen physiques, qui sont en prévention promotion davantage ; donc de refaire une formation en ITSS, ça a été pour certaines extrêmement difficile, voire traumatisant. (acteur impliqué dans la démarche de formation)

Les infirmières du programme « enfance famille-jeunesse », qui sont localisées à l'intérieur des murs du CSSS devaient aussi mieux saisir les implications sur le plan des modes opératoires, d'une offre de services plus accessible ; les amenant à revoir radicalement la façon dont elles assument leur rôle. Les porteurs de dossiers se sont évertués d'expliquer la raison d'être de ces changements.

Là on avait une chicane avec les infirmières des cliniques « jeunesse » parce qu'elles disaient, « bien là, nous autres, ça peut prendre deux heures avec un jeune. » On leur disait, « oui, mais regarde, on peut s'entendre ? Quand la salle d'attente est pleine, tu as pas le temps de passer deux heures avec le jeune, donne-lui un autre rendez-vous. » « Ils viendront pas. » « Je comprends qu'ils viendront pas, mais... » Et là c'était des débats à n'en plus finir. À n'en plus finir. C'était compliqué. (participant à la CS)

Ce travail éducatif est censé favoriser l'adoption de nouvelles routines (Lawrence et Suddaby, 2006)

Par ailleurs, les porteurs du dossier ont déployé plusieurs efforts pour gagner l'appui nécessaire à l'implantation de la clinique. Ils ont notamment tenté de convaincre la direction régionale de santé publique de la pertinence de mettre sur pied une clinique de santé

sexuelle ; sans succès. En effet, une controverse sur la définition de la clientèle cible (et donc de la définition de la vulnérabilité) a été à l'origine de cet échec :

On identifie la vulnérabilité aux ITSS, la vulnérabilité d'être infecté parce que le risque de se retrouver dans un groupe où il y a une personne infectée, nous on priorise toujours le VIH et le VHC comme étant des actions qui à Montréal doivent être intensifiées. Donc sur la base des données d'incidence et de prévalence, on voit encore que pour le VIH et le VHC, les principales personnes concernées sont toujours les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les Utilisateurs de drogues injectables les utilisateurs de crack, et il y a aussi les personnes qui proviennent de pays endémiques au VIH et au VHC. (Un représentant de la direction de santé publique régionale)

À l'interne, ils ont présenté le projet au conseil d'administration du CSSS ; en mobilisant toujours l'histoire des personnages, pour rendre les choses plus concrètes. Ces efforts ont été concluants dans la mesure où le conseil d'administration a décidé en 2013 d'appuyer le projet.

Des démarches ont aussi été faites auprès des directions support pour l'obtention de ressources ; avec des résultats partiels. Certaines directions cliniques ont aussi été approchées pour convenir de nouvelles modalités de collaboration à l'interne, en vue d'améliorer l'accès aux services. Nos données suggèrent que les formes de collaboration proposées par les porteurs de dossier n'ont pas fait consensus.

Ça peut avoir l'air simple comme ça de dire, bien, on va mettre des infirmières de famille-enfance-jeunesse et des infirmières des services courants et on va organiser l'horaire ensemble ; mais quand on arrive dans des moments de vacances ou des congés, puis aussi c'est que les infirmières des services courants qui roulent à faire autres choses que du dépistage ITSS, il y a toute une gymnastique et une gestion d'horaires qui est là, qui est présente aussi, qui faisait que sur le plan opérationnel ça devenait vraiment compliqué. C'aurait été beaucoup plus simple d'avoir dès le départ aboli des postes, créé un service. (Un gestionnaire du CSSS)

Enfin, des efforts importants ont été consentis par les porteurs de dossiers pour engager des médecins, un problème perçu comme majeur par l'ensemble des acteurs. Le contexte institutionnel (statut des médecins, incitatifs en place, etc.) ne facilite guère les choses.

Oui, oui. Je pense qu'une des problématiques vient du paiement des médecins. On les paie à l'acte et c'est sûr que des fois, faire un suivi des patients, ils ne le souhaitent pas. Donc un résultat qui reviendrait positif pour un pap test, ça voudrait dire qu'il faudrait téléphoner à un médecin de deuxième ligne pour qu'il la prenne en charge, pour qu'il réfère tout le reste. Il y a des médecins qui le font, mais très peu. Il faut que ce soit leur médecin de famille. Donc c'est compliqué. (participant à la CS)

Une véritable opération séduction (selon les propres mots de certains répondants) a été mise en œuvre pour avoir l'adhésion des responsables médicaux d'une clinique médicale du territoire ; avec des résultats mitigés.

L'absence d'un leadership médical n'a certainement pas aidé à surmonter ces difficultés d'implication des médecins

Il y a toutes sortes de contraintes médicales finalement qui font en sorte que ce n'est pas si simple que ça pour eux. Et ils ont été mis tard dans le projet, je dirais, aussi. Ils auraient dû vraiment être rattachés dès le début de façon à présenter plus le projet, la vision globale. Parce qu'on a misé beaucoup sur docteur X pour faire cette communication-là, mais docteur X n'était pas nécessairement le meilleur communicateur de l'information

synthèse, vision globale, etc. Il a son expertise clinique, mais c'était pas nécessairement la meilleure personne pour communiquer l'information non plus devant un groupe de médecins. (participant à la CS)

Il semble que ces difficultés d'engagement des responsables médicaux ont « paralysé » les porteurs de dossiers dans la mesure où cela a empêché en partie le passage à l'action ; ce qui a été, selon plusieurs répondants, préjudiciable au projet

Oui, et il y en a qui ont été frileux. Ils ne sont plus ici, je ne veux pas nommer de noms, mais je pense qu'au niveau gestionnaire il y en a qui ont été frileux et qui auraient pas dû être frileux, justement en sachant que la réforme, on l'a su six mois à l'avance, on savait que ça s'en venait, puis même si elle n'était pas arrivée, on aurait été actifs. C'est tout. Si ça arrive, super ; si ça arrive pas, on est quand même là. Donc je trouve qu'il y a quelque chose qui a manqué au niveau stratégique. (participant à la CS)

Ces difficultés sont en grande partie dues au pouvoir médical, tel que perçu par plusieurs répondants

Mais on ne joue jamais des rapports de force avec les médecins. On fait de l'aplaiventrisme parce qu'on se considère chanceux d'en avoir un, qui fait n'importe quoi mais on se considère chanceux de l'avoir. (participant à la CS)

Au total, notre analyse des données met en évidence l'importance du travail politique à cette étape du changement, i.e. la mobilisation d'un appui politique grâce à des techniques de persuasion sociale (Lawrence et Suddaby, 2006).

Phase 3 : Se confronter à un nouveau contexte institutionnel (mars 2015-novembre 2016)

Cette étape marquée par la survenue de la réforme fut le début d'une nouvelle histoire. En effet, la restructuration du réseau a induit de nombreux départs (à la retraite ou changements de poste), dont celui des porteurs de dossier. Ce départ, de l'avis des répondants, a fortement pénalisé le projet.

Face à cette situation, certains des acteurs qui s'étaient fortement engagés dans les travaux de la CS ont tenté de sauver le projet, notamment en essayant de convaincre les nouveaux gestionnaires concernés de la santé publique (travail politique), en vain. Les changements de rôles ont constitué des obstacles majeurs à la pérennité du projet :

On a changé les rôles des gens, les équipes ont été divisées, puis il y a des priorités autres. Adaptation. Tout le monde est en adaptation. Donc ça bouille de partout, beaucoup de frustration de part et d'autre. Donc ça, quand même c'est un projet, entre guillemets, innovateur, donc qui est nouveau, qu'on connaît pas tout, donc qui est déjà déstabilisant en tant que tel comme projet parce qu'on travaille ensemble. Donc déjà en soi le projet lui-même est peut-être déroutant pour des gens parce qu'on fait plein de choses qui se font pas ou qui se faisaient pas avant. Mais déjà, la réorganisation amène ça en plus gros parce que les rôles ont été changés, balisés. Donc là je pense qu'il y a un clash entre ce projet-là qui était un peu nouveau et toute la réorganisation qui était nouvelle aussi et les gens qui sont nouveaux aussi. Donc je pense que tout ça mis ensemble. Ça nuit... (participant à la CS)

On peut penser que le changement de rôles dans le réseau et du contexte (cf. renforcement des exigences en matière de reddition de comptes imposées par le Ministère) fait en sorte que ces acteurs ne sont plus intéressés à collaborer à ce changement.

Entre guillemets ils ont des comptes à rendre en ce moment, et ça, bien, ils voient pas trop comment ils vont avoir des résultats assez rapides. (participant à la CS)

Certains gestionnaires, y compris ceux qui ont été impliqués préalablement (sans avoir fait partie de l'espace réflexif) ont remis en question la pertinence d'implanter une clinique de santé sexuelle, répondant aux besoins de l'ensemble de la population.

En fait, c'est que dans un contexte CSSS, je pense qu'il s'agissait vraiment d'un beau projet, avec les ressources limitées, le fait de pouvoir échanger je pense que ça faisait sens. Mais là dans un contexte CIUSSS où justement on a peut-être plus de ressources, où la clinique jeunesse ils sont complètement en train de revoir leur offre de services, ça ferait pas sens que la clinique jeunesse voit des adultes ou des personnes âgées. Dans ce contexte-là, dans le fond il y a eu la décision de dire, bien, on continue pas dans ce sens-là mais plutôt on va essayer de le voir de façon peut-être un peu plus, j'aime pas dire le mot « scindé » parce que pour moi c'est des services intégrés, mais jeunesse doit s'occuper de jeunesse, après ça adulte va pouvoir s'occuper d'adultes, puis population vulnérable va être pris en charge, est pris en charge par mon équipe. (Gestionnaire du CIUSSS)

Cette remise en question du projet traduit carrément, selon les acteurs qui « croyaient » fortement dans ce projet une remise en question des approches territoriales et du travail de proximité en partenariat avec les organismes communautaires. Désormais les organisations de santé agissent comme des producteurs de services, sans forcément bien saisir les enjeux liés à une meilleure réponse aux besoins des populations vulnérables.

Oui, un jour par semaine sur chaque endroit parce qu'on est un CIUSSS. Mais là il y a quelque chose qui marche pas parce que la population demeure la même, les besoins demeurent les mêmes choses. Donc il faut quand même qu'il y ait de l'accessibilité plus qu'un jour semaine. Ça fait que c'est ça en ce moment, c'est un jour ici et là, parce qu'il y a pas tant de personnes ici qui s'injectent, pas trop de travailleuses du sexe, puis les jeunes, bien, il y a la clinique jeunesse, donc tout va bien. C'est vraiment ça, puis l'incompréhension du rôle, comme on parlait, pour la continuité du service psychosocial, du rôle du communautaire là-dedans. (participant à la CS)

En définitive, l'expérimentation des nouvelles façons de faire ne s'est pas faite. À la fin de notre projet de recherche, le projet de mise sur pied de la clinique de santé sexuelle était considéré par plusieurs comme « mort ».

Tableau 1 : Récapitulatif des formes de travail institutionnel

Contexte d'action	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Espace réflexif 1 (intervenants de première ligne-sphère clinique)	Travail technique Travail sur les frontières	Travail structurel	
Espace réflexif 2 (sphère de la gestion)		Travail de théorisation Travail d'ancrage stratégique	
En dehors des espaces		Travail éducatif Travail politique (plaidoyer)	Travail politique

Discussion et conclusion

L'objectif de cet article est de répondre à la question de recherche suivante : Dans quelle mesure, et comment, une CS impliquant des établissements de santé, des organismes communautaires et des médecins en pratique privée, favorise-t-elle l'émergence d'une écologie d'espaces d'innovations donnant lieu à un changement de routines organisationnelles ?

L'étude montre que l'instauration d'espaces réflexifs permet effectivement de renouveler les aspects ostensifs des routines organisationnelles, en suspendant provisoirement la récursivité de l'action et des structures, i.e. en prenant du recul par rapport aux façons de faire usuelles. Plus précisément, dans le contexte de la mise en place de CS, des intervenants de 1^{re} ligne, des acteurs connaissant bien la réalité terrain, ont été en mesure de jeter un regard critique sur les routines organisationnelles et de proposer de nouvelles routines grâce à un travail technique dans un premier temps (Perkmann et Spicer, 2008) et à un travail structurel dans un second temps (Cloutier *et al.*, 2016). Qui plus est, la configuration des frontières de ces espaces réflexifs favorise l'élaboration de nouvelles routines. En effet, comme nos résultats le montrent (cf. Les caractéristiques des espaces et leur impact sur la dynamique des acteurs), les frontières symboliques et temporelles motivent les acteurs à s'investir dans cet exercice collectif de réflexivité ; alors que les frontières sociales et physiques jouent un rôle de premier plan sur le plan cognitif dans le sens où ces frontières ont fait en sorte que les acteurs participant à ces espaces ont mieux compris les rôles des uns et des autres, leurs interdépendances, les lacunes des routines en vigueur, et les moyens pour y pallier, etc. Notre analyse amène à souligner l'importance du travail sur les frontières à l'intérieur de ces espaces, comme mécanisme clé de production d'une vision renouvelée des routines organisationnelles dans un milieu pluraliste ; c'est-à-dire des contextes organisationnels où les valeurs sont multiples, où le pouvoir est partagé entre diverses parties prenantes, et où la connaissance nécessaire à la prise de décision est répartie entre des personnes à plusieurs niveaux de l'organisation (Denis *et al.*, 2001). Le recours à des conseillers-facilitateurs a permis de construire des ponts entre des mondes sociaux. Ces facilitateurs ont ainsi joué le rôle de passeurs de frontières (Cross et Parker, 2004). Les données suggèrent que la légitimité de ces acteurs repose moins sur la connaissance de la problématique à l'étude que sur leurs habiletés « processuelles », qui participent notamment à la créativité des CS. Dit autrement, ces facilitateurs n'étaient pas reconnus pour leurs connaissances sur la problématique des ITSS ni pour leur rôle ou autorité au sein de l'organisation, mais pour leurs habiletés « méthodologiques ». Ces habiletés sont, entre autres, utiles pour favoriser des relations moins hiérarchiques au sein des groupes de travail, ce qui concourt notamment à l'enrichissement de la réflexion par la valorisation de tous les points de vue. Ces habiletés sont aussi essentielles pour la « protection » de cet espace réflexif : sans le support offert par ces facilitateurs, il aurait été difficile de maintenir et faire avancer les travaux de la CS dans un contexte où l'urgence du quotidien exerce une grande pression sur les acteurs. En effet, ces facilitateurs exerçaient une pression généralement perçue positivement pour faire avancer la réalisation du mandat des CS, en s'assurant que les comités de travail ne négligent pas les « devoirs » à faire. Ces facilitateurs ont aussi apporté une plus-value au niveau du travail sur le mandat de la CS, en mobilisant des objets auxquels sont associés plusieurs usages (Nicolini et Swan 2012). D'une part, certains objets ont constitué des objets épistémiques, déclencheurs de la collaboration (Knorr-Cetina, 1998) : l'utilisation

de concepts, tel que « clinique de santé sexuelle », ont induit une volonté de collaboration entre les différentes parties prenantes impliquées. De par leurs caractéristiques, ces objets ont un pouvoir d'influence sur les acteurs et favorisent le développement de liens sociaux car la complexité de ces objets requiert de joindre les forces. D'autre part, d'autres objets ont joué le rôle d'objets frontières (Carlile, 2002) ; rendant la collaboration possible grâce à la mise en évidence des interdépendances. L'objet frontière (exemple, le schéma de la trajectoire de l'utilisateur) fournit une forme de réification autour de laquelle les pratiques des différents acteurs peuvent se coordonner. Ces objets ont aussi servi à articuler le travail qui se déroulait dans les différents espaces réflexifs (dans la sphère clinique et de gestion)

Cela étant, comme on l'a constaté dans le cas examiné, ces espaces et le rôle des facilitateurs n'ont pas été en mesure de changer les pratiques et de renouveler les aspects performatifs des routines organisationnelles. Plus précisément, les acteurs n'ont pas réussi à mettre en place un espace d'expérimentation pour tester les nouvelles routines et semer les graines de changement, et ce, malgré tout le travail politique et éducatif (Lawrence et Suddaby, 2006) qui a été réalisé.

Notre interprétation de ces résultats nous amène à souligner l'importance du travail institutionnel au sein des espaces, impliquant les gestionnaires. Notre étude met à jour les différentes formes de travail institutionnel, de théorisation (Greenwood *et al.*, 2002) et d'ancrage institutionnel (cette dernière, étant nouvellement identifiée) qui s'opèrent au sein de ces espaces. Selon nous, la constitution des espaces liés à la sphère de gestion dans le cadre du cas étudié (rappelons que la constitution de cet espace réflexif s'est surtout basée sur les enjeux d'équilibre de pouvoir entre le milieu institutionnel et communautaire), a fortement fragilisé la portée de ces formes de travail institutionnel. En effet, nos données suggèrent que certains acteurs clés (des gestionnaires fortement concernés par le dossier ITSS) ne se sont pas appropriés la nouvelle vision, ni sur le plan conceptuel, ni sur le plan opérationnel. Ceci s'explique par le fait qu'ils n'ont pas été cooptés dans les espaces réflexifs. Certes, la survenue d'une nouvelle réforme dans le réseau de la santé, a eu un impact sur le déroulement du projet. Certes aussi, le pouvoir médical et la résistance au changement des médecins ont constitué des obstacles mais, selon nous, ces deux facteurs ne suffisent pas pour interpréter l'échec de changement constaté. La non-implication de certains acteurs stratégiques dans le travail de théorisation et d'ancrage stratégique a aussi fait défaut. Notre analyse suggère qu'il ne suffit pas de faire intervenir ces acteurs stratégiques au cours du processus, sur une base individuelle : il s'agit plutôt de les amener à développer, grâce à des interactions avec d'autres acteurs, une meilleure compréhension des enjeux et une nouvelle vision des routines organisationnelles. C'est l'intérêt même des espaces réflexifs. Ces espaces réflexifs, relevant de la sphère de gestion, permettant ce travail de théorisation et d'ancrage stratégique, jouent un rôle déterminant dans les milieux pluralistes où on est plus susceptible d'être confrontés à des difficultés d'implantation de changements (Denis *et al.*, 2001).

Bucher et Langley (2016) ont discuté des blocages possibles au niveau de la dynamique de changement, en l'attribuant notamment à la configuration des espaces, et plus précisément à « l'étendue » de ces derniers. Ces auteurs ont observé que les espaces réflexifs mobilisant beaucoup d'acteurs compliquent le passage à l'expérimentation, car les participants à ces espaces ont plus tendance à s'attarder sur l'analyse et la redéfinition des aspects ostensifs des routines plutôt que sur la validation des nouvelles routines. Notre recherche nous amène

plutôt à pointer du doigt l'effet déterminant de la logique de constitution des espaces, en termes de choix des acteurs mobilisés ; choix qui va conditionner la portée du travail institutionnel qui s'opère dans les espaces. Ainsi, nous attirons l'attention sur l'importance du design de ces espaces, en fonction des enjeux d'implantation du changement. Ce design renvoie aux frontières sociales des espaces réflexifs, lesquelles frontières influencent la capacité d'entremêler réflexion et expérimentation. Nous pensons que le passage à l'action (qui s'est révélé fort difficile dans le cas à l'étude), pourrait être facilité par la cooptation dans ces espaces de leaders légitimes (ici, du monde médical, entre autres), qui seraient éventuellement en mesure d'influencer les différentes parties prenantes.

Notre recherche permet aussi une compréhension plus riche du phénomène d'émergence d'une écologie d'espaces d'innovation. En effet, l'enjeu ne semble pas uniquement résider dans la mise en œuvre d'un travail sur les frontières, tel que le suggèrent Bucher et Langley (2016). L'enjeu est de juxtaposer différentes formes de travail institutionnel, dans différentes sphères (clinique et de gestion), de telle sorte que tous les acteurs concernés par le changement s'approprient une nouvelle vision et acceptent d'expérimenter de nouvelles façons de faire et d'apprendre à travers leurs actions. En cela, nous rejoignons les travaux qui montrent l'importance d'une gouvernance multi-niveaux des processus de gestion du changement qui consistent en une meilleure gestion des interdépendances entre les sphères clinique, de gestion, opérationnelle et stratégique, le tout en lien avec l'évolution de l'environnement (Maillat *et al.*, à paraître). Notre recherche met en évidence les mécanismes (en l'occurrence les formes de travail institutionnel) qui permettent cette gestion des interdépendances et cette articulation entre réflexion et expérimentation.

Références

- Ben Slimane K. and Leca B., 2010. Le travail institutionnel : origines théoriques, défis et perspectives. *Management & Avenir* 37, 53-69.
- Bucher S. and Langley A., 2016. The Interplay of Reflective and Experimental Spaces in Interrupting and Reorienting Routine Dynamics. *Organization Science* 27 (3), 594-613.
- Carlile P.R., 2002. A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in new Product Development. *Organization Science* 13 (4), 442-455.
- Cloutier *et al.*, 2016. Agency at the Managerial Interface: Public Sector Reform as Institutional Work. *Journal of Public Administration Research and Theory* 26, 259-276.
- Cross R.L. and Parker A., 2004. *The Hidden Power of Social Networks: Understanding how Work Really Gets Done in Organizations*. Harvard Business Press, Boston, MA.
- Denis J-L., Lamothe L. and Langley, A., 2001. The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal* 44 (4), 809-837.
- Edmondson A.C., Bohmer R.M. and Pisano G.P., 2001. Disrupted Routines: Team Learning and new Technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly* 46 (4), 685-716.
- Feldman M.S. and Pentland B.T., 2003. Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly* 48 (1), 94-118.
- Gieryn T. F., 1983. Boundary-Work and the Demarcation of Science from non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review* 48 (6), 781-795.
- Greenwood R., Suddaby R. and Hinings C.R., 2002. Theorizing Change: the Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. *Academy of Management Journal* 45 (1), 58-80.

- Habib J. and Krohmer, C., 2014. Le rôle des routines dans le processus de changement des organisations hospitalières. Actes du colloque AIMS.
- Kuipers B.S., Higgs M., Kickert W.J.M., Tummers L., Grandia J. and Van der Voet J., 2014. Managing Change in Public Organizations: A Review of the Literature Between 2000 and 2010. *Public Administration* 92 (1), 1-20.
- Knorr-Cetina K., 1998. Les épistémès de la société : l'enclavement du savoir dans les structures sociales. *Sociologie et sociétés* 30 (1), 39-54.
- Lamont M. and Molnar V. 2002. The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology* 28, 167-195.
- Langley A., 1999. Strategies for Theorizing from Process Data. *Academy of Management Review* 24 (4), 691-710.
- Lawrence T.B. and Suddaby R., 2006. Institutions and Institutional Work In S.R. CLEGG, C. HARDY, T. B. Lawrence, W.R. Nord (dir.), *The Sage Handbook of Organization Studies*, SAGE Publications, Boston, 215-254.
- Lawrence T.B., Suddaby R. and Leca B., 2009. *Institutional Work. Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Maillat L., Lamarche P., Lemire M. and Roy B., 2018. Journey through the Fractalization of Multilevel Governance: Levers for Adapt Healthcare Organizations. *Complexity, Governance and Networks*, forthcoming.
- Nicolini D. and Swan J., 2012. Understanding the Role of Objects in Cross Disciplinary Collaboration. *Organization Science* 23 (33), 612-629.
- Obstfeld D., 2012. Creative Projects: a less Routine Approach toward Getting new Things Done. *Organization Science* 23 (6), 1571-1592.
- Pentland B.T., Feldman M.S., Becker M.-C. and Liu P., 2012. Dynamics of Organizational Routines: a Generative Model. *Journal of Management Studies* 49 (8), 1484-1508.
- Perkmann M. and Spicer A., 2008. How are Management Fashions Institutionalized? The Role of Institutional Work. *Human relations* 61 (6), 811-844.
- Rerup C. and Feldman M.S., 2011. Routines as a Source of Change in Organizational Schemata: the Role of Trial and Error Learning. *Academy of Management Journal* 24 (3), 577-610.
- Roy M., Audet M., Gosselin A.-B., Lortie P. et Fortier L., 2011. *La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- Salvato C., 2009. Capabilities Unveiled: the Role of Ordinary Activities in the Evolution of Product Development Processes. *Organization Science* 20 (2), 384-409.
- Seo M.-G. and Creed W. E. D. 2002. Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective. *The Academy of Management Review* 27 (2), 222-47.
- Stake R. E. 1995. *The Art of Case Study Research*. Sage Publications.
- Zietsma C. and Lawrence T.B., 2010. Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. *Administrative Science Quarterly* 55 (2), 189-221.